MENTE Y CEREBRO, UN PROBLEMA QUE EXCEDE LA EPISTEMOLOGÍA. UN ANÁLISIS DESDE LA TAREA DOCENTE EN SALUD

MIND AND BRAIN, A PROBLEM THAT EXCEEDS EPISTEMOLOGY. AN ANALYSIS FROM THE POINT OF VIEW OF THE TEACHING TASK IN THE MENTAL HEALTH FIELD)

MENTE E CÉREBRO, UM PROBLEMA QUE ULTRAPASSA A EPISTEMOLOGIA. UMA ANÁLISE A PARTIR DA TAREFA DOCENTE EM SAÚDE

SANTIAGO A. LEVÍN^{1, 2}

Contacto: Santiago A. Levín - **Email:** slevin@unaj.edu.ar

FILIACIONES: 1. Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional Arturo Jauretche 2. Hospital El Cruce.

Citar como: Levín SA. Mente y cerebro, un problema que excede la epistemología. *Un análisis desde la tarea docente en salud.* Desde Acá. 2024; 2: p-p. 16-35

Resumen

En este escrito se aborda el clásico pero jamás resuelto problema del dualismo mente cuerpo, analizado en esta ocasión desde el punto de vista de la formación de profesionales de la salud. Intenta ser un aporte al desarrollo del indispensable pensamiento crítico que la labor asistencial en salud requiere, más aún en un contexto crecientemente complejo y diverso.

Mente y cerebro, un problema que excede la epistemología. Un análisis desde la tarea docente en salud
Santiago A. Levín

Palabras clave: Mente, cerebro, dualismo, complejidad

Abstract

This paper addresses the classical but never solved problem of dualism (mind and body) analyzed in this opportunity from the point of view of the training of Health professionals. Its intention is to be a contribution to critical thinking —an essential component of the assistance activity in a context increasingly complex and diverse.

Key Words: Mind, brain, dualism, complexity

Resumo

Neste escrito, aborda-se o clássico, porém jamais resolvido, problema do dualismo mente-corpo, analisado desta vez do ponto de vista da formação de profissionais de saúde. Busca-se contribuir para o desenvolvimento do indispensável pensamento crítico exigido pelo trabalho assistencial em saúde, ainda mais em um contexto crescentemente complexo e diversificado.

Palavras-chave: Mente, cérebro, dualismo, complexidade.

Mente y cerebro, un problema
que excede la epistemología.
Un análisis desde la tarea
docente en salud
Santiago A. Levín

MENTE Y CEREBRO, UN PROBLEMA QUE EXCEDE LA EPISTEMOLOGÍA. UN ANÁLISIS DESDE LA TAREA DOCENTE EN SALUD

SANTIAGO A. LEVÍN

Introducción

Intentaré desplegar, en pocas páginas, un problema que el pensamiento occidental viene arrastrando desde hace demasiado tiempo, procurando llevarlo al terreno que más nos interesa aquí: el terreno de la salud. Escribo como médico psiquiatra, es decir, como profesional de la salud que trabaja día a día en la atención de personas, y también como docente en una de las llamadas universidades del bicentenario, en el extenso conurbano bonaerense, concebida para cuestionar lo instituido desde un ángulo diferente: el ángulo de la periferia. Periferia entendida no solo como geografía sino también como un espacio marginal y marginado en lo intelectual, lo material y lo vivencial, y que precisa —lo mismo que el gran país que la contiene, que también habita en la periferia del mundo— desarrollar modos propios de mirarse a sí misma, evitando la repetición de fórmulas canónicas que apenas hacen ya sentido en las latitudes desde las que emana su hegemonía.

El problema mente cerebro, que definiré enseguida, tiene profundas consecuencias en los modos de comprender el acaecer humano y por lo tanto en las formas de concebir el fenómeno de la salud y de la enfermedad. Digámoslo de una vez: la medicina no es una ciencia sino una profesión y una práctica social científicamente informada; quien ejerce la clínica no *hace* ciencia sino que utiliza conocimientos derivados de ella —y de otras disciplinas no científicas, como la matemática y la filosofía, pero también la tradición cultural popular y los saberes folclóricos y de los pueblos originarios— para un mejor cuidado de la salud de los asistidos y de la población toda. Pero que la medicina no sea una ciencia no nos exime a quienes la ejercemos de la reflexión crítica

Mente y cerebro, un problema que excede la epistemología. Un análisis desde la tarea docente en salud
Santiago A. Levín

sobre las ideas y conceptos puestos en juego en nuestra práctica diaria. No deberíamos ser aplicadores automáticos de conceptos contruidos en otros contextos y latitudes sino hacedores, también, de la teoría que orienta nuestra práctica. Y esta mirada crítica es indispensable, consustancial, en una práctica comprometida e implicada.

La afirmación de que la medicina no es una ciencia puede sonar provocativa para un número importante de colegas que se conciben a sí mismos como científicos, no tanto por la científicidad de su tarea sino más bien por el prestigio que el discurso de la ciencia ha adquirido en nuestra época. Junto con Georges Canguilhem¹, Germán Berrios² y tantos otros, entre ellos Lanteri-Laura^{3, 4} sostengo que la medicina no es una ciencia en sí misma sino una práctica asistencial, práctica informada por varias ciencias que convergen en su auxilio (física, química, biología, psicología, antropología, historia, etc.). Pero presentarla como una ciencia no es una operación casual, sino la marca en el orillo de la corriente biologicista, que tira de la soga hacia donde le conviene, es decir, hacia el polo biológico. Esta pretensión de científicidad —marca indeleble del origen político de quienes la detentan— es también uno de los elementos centrales de la propaganda de la industria farmacéutica y biotecnológica: al vivir en una sociedad en la que el discurso científico, como afirma Knorr Cetina ha sido ascendido a la categoría social de máxima aceptación y respeto⁵, y hasta de creencia lisa y llana, su manipulación adecuada incrementa las ventas, y por lo tanto las ganancias de los vendedores de salud. Cada vez que se pronuncia el vocablo “ciencia”, en este contexto, es necesario desentrañar la maniobra ideológica que se gesta por detrás⁶.

No pretendo hacer aquí una discusión completa del problema (que ya he abordado^{7, 8}) sino dejar planteado que quien se forma en alguna de las disciplinas de la salud —medicina, psicología, enfermería y otras— debe contar con los elementos críticos indispensables para distinguir entre conocimiento sólido y propaganda, entre ciencia y *doxa*, y valorar también los conocimientos populares, las creencias de los usuarios y los modos sociales a

Mente y cerebro, un problema
que excede la epistemología.
Un análisis desde la tarea
docente en salud

Santiago A. Levín

individuales de concebir y percibir la propia salud. Por otro lado, el discurso médico se transforma con frecuencia en validador (en el nivel social) del conocimiento proveniente de las ciencias. El análisis de ciertos aspectos de la medicina desde el punto de vista de la epistemología ha resultado ser fecundo y revelador, constituyéndose en una de las fuentes del mencionado pensamiento crítico que pretendemos en nuestros estudiantes, futuros trabajadores de la salud, que tarde o temprano se hallarán en ese terreno complejo que llamamos clínica, terreno multideterminado para el cual las formaciones académicas parciales y simplistas son éticamente inaceptables y además poco eficaces en la práctica. La clínica necesita ser regada con el agua de la teoría (vecina de la reflexión crítica) para mantenerse viva y seguir dando frutos. Y los clínicos, es decir quienes trabajamos asistiendo personas, somos seres dobles —tomo prestada la idea del historiador Paul Veyne^{a 9}—. Cuando hacemos clínica necesitamos algunas certezas: desde el escepticismo extremo la clínica se torna imposible, y peor aún, inútil, porque deja de ayudar al que consulta. Pero antes y después del momento clínico viene el de la reflexión —esta idea es de Lía Ricón (comunicación personal)—. Y allí sí, bienvenida la incertidumbre, madre de las nuevas ideas. Dicho con otras palabras, la práctica clínica se sustancia en dos momentos: el propiamente clínico y el posterior, en el que se reflexiona hacia atrás y hacia adelante. Éste texto pertenece, por supuesto, a este segundo tiempo, necesario para volver al primero con más y mejores herramientas conceptuales.

El problema mente cerebro

El problema mente cerebro —o mente cuerpo, que es lo mismo— viene de lejos. Básicamente consiste en concebir al ser humano como formado por dos sustancias distintas pero coyunturalmente coincidentes: mente y cuerpo. Este dualismo —tal el nombre

Mente y cerebro, un problema que excede la epistemología.

Un análisis desde la tarea docente en salud

Santiago A. Levín

a. “El escéptico es a la vez un observador, fuera de la pecera, a la que pone en duda, y uno de los pececillos rojos. Un desdoblamiento que en modo alguno ha de considerarse trágico”⁹.

que toma esta concepción en la filosofía— viene tiñendo nuestro modo de concebir lo humano desde hace siglos.

El ingreso a la cultura —hace doscientos o trescientos mil años— coloca al *homo sapiens*, en adelante *ser humano*, en una nueva dimensión existencial alejada definitivamente del pasado instintivo, y desde entonces nuestra captación de aquello que llamamos “realidad” está irremediablemente mediada por sistemas complejos que denominamos teorías. Las teorías son tan imprescindibles como transitorias; se las conciba como se las conciba, son prótesis que nuestra existencia simbólica precisa para armar una concepción del mundo y de nosotros mismos como seres de este mundo. Hay varios modelos que explican cómo se construyen las teorías y cómo se las va, llegado el momento crítico, reemplazando por otras que *en ese momento* explican mejor. Un interesante análisis crítico acerca del fenómeno de la construcción de teorías puede hallarse en los textos de Pablo Kreimer⁶ y de Esther Díaz¹⁰.

Es importante en este punto abandonar la idea positivista de verdad definitiva y comprender que los modelos explicativos que los humanos nos vamos dando a lo largo del tiempo son aproximaciones históricamente situadas y determinadas, y que cada período dado tiene sus limitaciones a la hora de construirlos —Thomas Kuhn, por mencionar solo un autor, concebía este proceso como una sucesión de *paradigmas* inconmensurables entre sí, median-do entre cada uno de ellos etapas de ruptura que denominó “crisis paradigmáticas”¹¹—. El análisis de las ideas del pasado desde la cosmovisión del presente constituye lo que los historiadores llaman “anacronismo”, y constituye un equívoco que debe evitarse si se desea comprender el proceso complejo de construcción y reformulación de las teorías y de los conceptos. Un mayor desarrollo en el terreno de la epistemología y sus corrientes, camino que no forma parte del plano de ruta de este breve texto, puede hallarse en la obra de varios de los autores citados^{1, 4, 6, 7, 12, 13, 14}.

Mente y cerebro, un problema
que excede la epistemología.
Un análisis desde la tarea
docente en salud
Santiago A. Levín

Es muy importante tener presente que cuando se sostenía que la Tierra era plana, la Tierra *era* plana: los cálculos matemáticos da-

ban bien y el modelo general servía. Sería una insalvable necesidad llamar “ignorantes” a nuestros antepasados, del mismo modo que sería incorrecto creer que hoy contamos con herramientas conceptuales definitivas. Conviene tener presente el concepto de paradigma científico de Thomas Kuhn¹¹: un paradigma científico es el conjunto de preguntas y de respuestas que una comunidad científica se da a sí misma en un momento histórico dado. El paradigma así concebido está sujeto a crisis y reformulaciones^b.

Y aquí entra el problema mente cerebro, que no podemos sino considerar como un artefacto teórico —*artefacto* en el sentido de barrera que distorsiona, del mismo modo que se utiliza en radiología—, un obstáculo epistemológico, una deuda filosófica en nuestro modo de concebirnos. Querriamos ser *monistas* y contar con una teoría que explicara *lo humano* sin divisiones forzadas, y por ello solemos decir que somos monistas ontológicos (el ser se debe explicar de un modo unívoco) pero (provisoriamente) dualistas metodológicos a la hora de la clínica y de la investigación.

Pero el punto al que deseo llegar es el siguiente: el dualismo no es solo un problema filosófico sino que determina y condiciona nuestro modo de concebir la clínica, tanto en su versión diagnóstica como en la terapéutica. Es decir, la medicina moderna tal como la conocemos se apoya en una concepción disociada del ser humano, y esto tiene consecuencias que analizaremos enseguida.

Hagamos aquí una breve pausa para sumar otro problema: el de los reduccionismos—otro término que pertenece a la epistemología, también llamada filosofía de la ciencia—. Reduccionismo es el intento de explicar un fenómeno complejo recurriendo a uno solo de sus componentes. En el área de la salud solemos escuchar hablar de modo crítico del reduccionismo biológico —*biologicismo*—, pero podríamos describir varios otros tipos de reduccio-

Mente y cerebro, un problema que excede la epistemología.
Un análisis desde la tarea docente en salud
Santiago A. Levín

b. Para un desarrollo de este concepto y una comprensión de sus alcances en epistemología y en el terreno de la salud se recomienda la lectura del imprescindible libro de Lanteri-Laura *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*³.

nismo que operan como obstáculo para una concepción integral, holística de lo humano: el reduccionismo psicológico (*todo se origina en el psiquismo*), el sociológico (las enfermedades no existen sino que son construcciones sociales), etc. El reduccionismo es esperable y aceptable, en cantidades variables, en el terreno experimental: el experimento es, precisamente, el modelado —en condiciones controladas— de *una parte* de un problema mayor. El experimentador lo sabe: no está mirando el problema completo sino solo una porción (a veces mínima pero crucial) de un problema complejo. Por último, el problema de los reduccionismos no es su falsedad sino su parcialidad; no suelen ser enunciados falsos sino insuficientes, parciales. El profesional de la salud que atiende personas debe ser lo más conciente posible no solo de sus prejuicios (abordaremos este problema en otro texto) sino también de los reduccionismos que operan en su sistema de pensamiento. Y las especialidades médicas —necesarias y arbitrarias al mismo tiempo— promueven diversos grados de reduccionismo ya que forman al profesional en un tipo particular de “mirada” que resalta y oculta por partes iguales. No es necesario, ni siquiera posible, saberlo todo, pero es indispensable saber que no se sabe todo ni se puede “ver” todo ni comprenderlo todo.

Entonces, cuando hablamos de la atención de la salud y de la tarea del médico, estos artefactos teóricos (el dualismo y los reduccionismos) hacen obstáculo, y peor, lo hacen de modos que no siempre advertimos. Y ello por dos motivos: uno, porque esos obstáculos operan de un modo silencioso, como verdaderos escotomas epistemológicos; y dos, porque la formación del médico excluye sistemáticamente la reflexión sobre el origen de los conocimientos que pone en juego, al menos en la planificación académica tradicional que aún predomina. El paradigma biomédico imperante funciona como el piso y el techo de lo pensable para cada profesional. Así, un médico promedio, a pesar de todo el esfuerzo dedicado al aprendizaje que se le ofrece —que por cierto no es poco, ni el esfuerzo ni el aprendizaje— obtiene su diploma de grado y comienza a ejercer su labor asistencial sin las herramientas intelectuales que le permitirían hacer un análisis crítico del cono-

Mente y cerebro, un problema
que excede la epistemología.
Un análisis desde la tarea
docente en salud
Santiago A. Levín

cimiento que posee y utiliza. La biomedicina convierte a los médicos en aplicadores de protocolos, en razonadores estadísticos y en operadores técnicos. Una sólida formación humanística —con todo lo que ello implica— es indispensable para comenzar a superar este verdadero problema sanitario que aleja a la medicina asistencial de la realidad humana total de los asistidos.

Analizaremos brevemente a continuación, sin intenciones exhaustivas, algunas consecuencias de esta combinación problemática de dualismo y reduccionismos varios.

La concepción de la tarea asistencial como dividida en parcelas.

La división de la medicina en especialidades constituye claramente una arbitrariedad. Podría hacerse del modo que conocemos o de otro diferente, pero toda clasificación admitiría reproches. En cualquier caso podríamos afirmar que la especialización es necesaria, pero lo que no puede sostenerse es que cada operador, por más especializado que esté, desconozca que su trabajo se realiza desde su persona total en contacto con otra persona total que llamamos paciente o usuario. Ya lo dijimos: no es necesario saberlo todo, y de hecho es imposible. Lo indispensable es que cada médico o médica *sepa* que aunque su tarea se concentre en un detalle, la persona asistida es un sujeto completo. Parece sencillo de enunciar pero resulta complejo —y contracultural— favorecerlo desde el punto de vista académico y formativo. Es este uno de los mayores desafíos de la universidad desde la que se escribe este texto. De lo contrario estaríamos frente a una persona disociada, que maneja un modelo teórico disociado y pretende asistir a un sujeto fraccionado: un desencuentro sin regreso.

La concepción de los órganos y sistemas como entidades separadas

La planificación académica tradicional está armada de este modo, por lo tanto es esperable que la mente del egresado también

Mente y cerebro, un problema que excede la epistemología.
Un análisis desde la tarea docente en salud
Santiago A. Levín

quede troquelada siguiendo este modelo. ¿Somos un conjunto de sistemas operando simultáneamente con mayores o menores grados de comunicación entre sí? La respuesta es sí, pero no solo eso. Una vez más: cierto grado de reduccionismo controlado, consciente y metodológicamente explicitado es aceptable —y hasta imprescindible— en el enfoque experimental, pero siempre es un obstáculo en el terreno asistencial. Un principio básico del Derecho es el “principio de inexcusabilidad”: no se admite la ignorancia de la ley como justificación para no cumplirla. De un modo similar, en salud deberíamos hablar de la inaceptabilidad del argumento “no sabía que estaba tratando a un ser humano total” por parte de un agente sanitario en ningún caso ni circunstancia. Este principio de inexcusabilidad epistemológica debería ser nuestra divisa. Todo lo demás está en la *web*.

La medicina basada en la enfermedad y en el hospital, en lugar de estar pensada para la prevención y el enfoque comunitarios

La división del ser humano en parcelas discretas tiene una rica historia, en la cual hacen su parte las religiones, la filosofía en general y el Iluminismo en particular, la Revolución Francesa, el positivismo lógico y el sistema capitalista que culmina el proceso mercantilizando la salud, es decir, convirtiéndola en un fabuloso negocio para unos pocos. Y aquí es importante comprender que gran parte del negocio de la salud se apoya, precisamente, en esta subdivisión en parcelas favorecida por el dualismo y los reduccionismos mencionados. Durante el siglo XX, y de la mano de la llamada revolución terapéutica, se completa esta tendencia hasta desembocar en una medicina basada en la enfermedad en lugar de hacerlo en la salud. Se comprende: el paciente sano no *consume* medicina, en cambio el enfermo sí lo hace. La moderna industria farmacéutica y la biotecnológica hacen su parte, y los “colegios invisibles” académicos del centro hegemónico la suya. El resultado: planes de estudio de grado basados en la enfermedad y programas de congreso en la terapéutica.

Mente y cerebro, un problema que excede la epistemología. Un análisis desde la tarea docente en salud

Santiago A. Levín

Desarrollemos un poco estas ideas, recordando que nuestro propósito en este escrito no es exhaustivo sino heurístico (la intención es abrir ventanas de pensamiento, no cerrarlas). En particular, quisiera presentar el concepto de colegios invisibles y hacer un comentario preliminar sobre la enorme influencia (que llega a nuestros días) del Informe Flexner en la formación de profesionales de la salud.

Stagnaro ubica a la socióloga de la ciencia Diana Crane como la introductora del término “colegios invisibles” en el terreno de la epistemología^{15, 16}. La noción hace referencia a “un grupo de especialistas que, sin estar unidos orgánicamente en una asociación, una sociedad científica, coinciden en torno a una serie de ideas y principios que empiezan a publicar y a comentar en sus conferencias, congresos y jornadas. Son personalidades importantes: profesores universitarios, jefes de servicios asistenciales, investigadores, etc., y así van modelando, paulatinamente, en un campo disciplinar o una ciencia, una nueva propuesta paradigmática”¹⁵. La noción de colegio invisible resulta sumamente interesante porque permite avanzar en la comprensión de cómo es que funciona esta coordinación entre cientos de individuos que no se conocen en forma personal, pero que contribuyen a la difusión de una particular forma de ver las cosas — a través de programas de congresos, publicaciones en *journals* y libros, programas de formación y de actualización, etc. —. Es particularmente poderoso en el terreno de la salud el colegio invisible que podríamos llamar biorreduccionista. Este verdadero grupo de influencia es en parte responsable del sostenimiento de un paradigma parcializado hacia el polo biológico y patológico en la concepción de la salud —concepción centrada en la enfermedad más que en la salud, en el diagnóstico más que en la prevención, en la medicalización y aplicación crónica de tratamientos por lo menos discutibles más que en la comprensión del ser humano como una totalidad— que hunde sus raíces en el surgimiento del positivismo lógico a mitad del siglo XIX y el posterior florecimiento de la medicina de base biológica, parcelada y volcada a la terapéutica del siglo XX. No podríamos comprender cómo es que se llega a un modelo hege-

mónico biorreduccionista en salud sin estudiar los modos en los que un tipo de pensamiento se va cristalizando y esparciendo, siguiendo un gradiente de poder cuyo origen se encuentra en algunos centros académicos y de investigación del hemisferio norte (Estados Unidos de América y Europa, principalmente).

Veamos brevemente la influencia que el Informe Flexner ha tenido en este proceso. Abraham Flexner fue un educador norteamericano de principios del siglo XX a quien la influyente Fundación Carnegie Para el Avance de la Enseñanza (fundada en 1905) encargó realizar y redactar un informe acerca de la educación médica en los Estados Unidos de Norteamérica, por entonces compuesta por diversas e inconexas iniciativas. El llamado Informe Flexner fue publicado en 1910^{17, 18} y sus ejes principales pueden ser resumidos en estos puntos: a) la medicina es una disciplina basada en la ciencia, por lo tanto su plan formativo debe apoyarse en la biología; b) la medicina debe ser enseñada únicamente en universidades, con estrictas normas de admisión; c) la medicina debe estar dividida en especialidades según los diversos territorios biológicos de incumbencia y la terapéutica debe estar guiada también por criterios médico-biológicos.

El Informe Flexner tuvo un enorme impacto, que aún puede observarse en nuestros días en el plan de estudios de casi todas las escuelas de medicina de Occidente. Podemos considerarlo como uno de los manifiestos iniciales del colegio invisible del biorreduccionismo en medicina. Aún hoy se siguen estudiando sus consecuencias: cierre de numerosas escuelas de medicina que no cumplían con el nuevo estándar planteado por Flexner, consolidación del paradigma biologicista en la formación médica, parcelamiento de la salud en áreas discretas de especialización y subespecialización creciente. En pocas palabras, el informe entregado por Abraham Flexner en 1910 funcionó como el molde que se utilizó en adelante para la formación de los médicos occidentales, que se alejan de la comprensión del fenómeno humano como totalidad y se entregan predominantemente al estudio y tratamiento de las disfunciones biológicas basándose en parámetros “objetivos”

Mente y cerebro, un problema
que excede la epistemología.
Un análisis desde la tarea
docente en salud
Santiago A. Levín

y en el uso constante y creciente del método estadístico. Todo conocimiento por fuera del señalado (saberes originarios, tradiciones antiguas, fitoterapias, homeopatía, psicoanálisis, acupuntura, etc.) quedan definitivamente por fuera de la enseñanza oficial.

Deseo aquí mencionar la experiencia que se desarrolla en la Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ) en Florencio Varela, Argentina. Su Instituto de Ciencias de la Salud tiene una carrera de medicina que no responde al mandato flexneriano sino que propone un recorrido original para quien desee formarse como médico, recorrido que no carece de los contenidos clásicos de las carreras tradicionales pero que aporta otros nuevos. Desafiar la formación canónica implica un esfuerzo múltiple: académico, técnico, epistemológico y político. Y requiere, además, de una permanente evaluación con correcciones y reformulaciones. Salir del canon —que tiene la tranquilidad de lo igual a sí mismo— es aceptar el desafío de un modelo en constante reformulación, modelo que creemos se adapta mejor a la época presente en la que las viejas certezas van cayendo una a una.

La construcción de nosografías y el negocio de la enfermedad

Retomo una frase pronunciada por Juan Carlos Stagnaro en una conferencia en Montevideo en el año 2002 y reiterada en varias oportunidades pero nunca publicada: “la nosografía es la llave de la terapéutica”.

La nosografía es la descripción y clasificación de enfermedades. ¿Por qué dice Stagnaro que es la llave de la terapéutica? Porque antes de instaurar un tratamiento se precisa de un diagnóstico, y ese diagnóstico se basa en una determinada clasificación, y esa clasificación condiciona (entre otras cosas) que el negocio de la enfermedad sea mayor o sea menor. Por este motivo, la presión por definir nuevas “enfermedades” ha sido y sigue siendo enorme desde mediados del siglo pasado. ¿Cuándo habría que medicar un síntoma? *Lo antes posible*. ¿Cuál es el umbral a partir del cual se considera problemático el colesterol en sangre? *Cada vez*

Mente y cerebro, un problema
que excede la epistemología.
Un análisis desde la tarea
docente en salud

Santiago A. Levín

más bajo, si se compara el descenso progresivo, década a década, del colesterol plasmático máximo recomendado por los sucesivos “comités de expertos” desde los países centrales.

Está claro que no todas las enfermedades son constructos sólidos en lo teórico y en lo concreto observable; no puede compararse, por ejemplo, en psiquiatría, la esquizofrenia con el “trastorno explosivo intermitente”. Hay descripciones sólidas que se sostienen en la práctica clínica y hay otras que son insostenibles, producto de la medicalización o del simple y muy extendido *desease mongering* (promoción de enfermedades), que busca aumentar las ventas de determinado fármaco o de una intervención biotécnica. Este último recurso se extiende tanto a fármacos que se venden sin receta (complejos multivitamínicos, por ejemplo, muy consumidos y raramente necesitados) como a la medicación de venta bajo receta —en este último caso la presión no es vía publicidad para el consumidor sino a través de “estímulos” al prescriptor—.

En un trabajo de la médica argentina María Noble¹⁹, que forma parte de un *dossier* sobre prevención cuaternaria, puede leerse una definición de este fenómeno: consiste en la recategorización como enfermedades de los procesos vitales, que nada tienen en sí de patológicos. El *desease mongering* forma parte de un fenómeno mayor: la patologización de la vida cotidiana, que a su vez incluye, también, la transformación de “factores de riesgo” en enfermedades, la ampliación del concepto de enfermedad con el objeto de “reclutar” mayor cantidad de pacientes —y ampliar, así, la base del negocio—, y toda la serie de medidas, gestos e intervenciones tendientes a vender más: más fármacos, más estudios complementarios “preventivos”, etc.

María Noble cita al australiano Ray Moynihan, periodista especializado en temas de salud, pionero en la denuncia del daño que la sobreprestación de “salud” ocasiona en el usuario. Este autor analiza los vínculos entre profesionales de la salud que participan de comités de modificación de definiciones de enfermedades, y la industria farmacéutica.

Mente y cerebro, un problema
que excede la epistemología.
Un análisis desde la tarea
docente en salud
Santiago A. Levín

Del mismo surgió que, entre 2000-2013, de 16 publicaciones acerca de 14 problemas de salud, 10 cambios propuestos ampliaron las definiciones de enfermedad, ninguna incluía evaluaciones rigurosas de daños potenciales, y de 14 paneles que aclaraban conflictos de interés, 12 estaban presididos por expertos que tenían relación con la industria y el 75% de miembros de los mismos también tenían lazos con la industria.²⁰

Un médico con nula formación humanística y escasas herramientas para analizar su práctica, formado en el caldo tradicional del dualismo y el reduccionismo biológico, pasará por alto estos “detalles” y tomará por verdadero todo aquello que venga afirmado con formato *paper* o en cualquier charla con *Power Point* en los congresos de la especialidad.

Somos personas totales al servicio de personas totales

El dualismo consiste en una disociación. No en el sentido freudiano del término, pero una disociación al fin. El reduccionismo, en cualquiera de sus formas, también puede ser concebido como una operación disociativa sobre un fenómeno complejo. Podemos agregar una tercera disociación, típico producto de la academia médica tradicional: los médicos no somos mortales, no sufrimos, no nos enfermamos. Pacientes son ellos; nosotros somos médicos. Este último malentendido es una de las calles que conducen al *burn out*, esa caverna oscura de cinismo y soledad para el operador, y de maltrato para el asistido. Ya lo dijimos pero conviene repetirlo: el modelo académico tradicional fabrica médicos disociados, que manejan un modelo teórico disociado y pretenden asistir a un sujeto fraccionado por su propia teoría.

Mente y cerebro, un problema que excede la epistemología. Un análisis desde la tarea docente en salud

Santiago A. Levín

Vamos ahora al problema planteado en el inicio: el “problema” mente y cerebro, o mente y cuerpo. Era necesario hacer el rodeo anterior para llegar hasta aquí.

No es un tópico menor: es un verdadero problema filosófico, científico y también, en lo que nos toca a nosotros, sanitario. Nos interesa, aquí, muy especialmente este último. ¿Por qué un problema sanitario? Porque la triple disociación mencionada más arriba opera como obstáculo en la atención integral de la salud, y opera también como productora permanente de malos entendidos y pérdidas de oportunidades.

Desde cierto psicoanálisis se desdeña las narrativas de la neurociencia por su reduccionismo; desde cierta neurociencia se desvaloriza la narrativa psicoanalítica por ser especulativa y dudosamente científica. Muchos hemos sido educados en el terreno de la Salud Mental con esta disociación, la cuarta disociación mencionada hasta el momento.

No somos —únicamente— nuestro cerebro, ni exclusivamente nuestro aparato psíquico freudiano; no somos solo nuestro cuerpo ni únicamente un conjunto de vínculos sociales.

El cerebro es un órgano maravilloso y fascinante y su estudio y conocimiento continuará produciendo oleadas revolucionarias que seguirán cambiando, modelando y complejizando nuestro conocimiento de lo humano. Su estudio está en manos de investigadores que precisan parcelar sus experimentos para obtener resultados controlados y confiables. Sus operaciones de tabicamiento conceptual no nos deberían preocupar; nuestra tarea, como agentes asistenciales, es no confundir la parte por el todo (falacia de composición).

Los pensadores de la ciencia y de la filosofía estudiarán esos resultados y los ponderarán en el contexto general del conocimiento científico, para otorgarles el lugar justo en el rompecabezas conceptual según el momento histórico y el estado general del

Mente y cerebro, un problema
que excede la epistemología.
Un análisis desde la tarea
docente en salud
Santiago A. Levín

arte. Junto a ellos, quienes diseñan planes de formación universitaria de los profesionales de la salud introducirán de modo orgánico y balanceado estos nuevos contenidos teniendo siempre presente el valor sanitario local y regional del perfil del egresado.

La investigación médica (tanto la académica como la industrial) hará lo suyo, con diferencias importantes según la investigación sea de base académica y estatal o de base privada con fines primarios de lucro.

El Estado, a través de sus instituciones, intervendrá con reglas de juego que equilibren y balanceen el escenario de modo que todo lo novedoso se evalúe correctamente y se generalice para todos y todas desde la Salud Pública, brazo sanitario de la equidad social.

Por último, los médicos y médicas tenemos la trascendente tarea de no confundir el cielo con el mar (como la paloma del poema de Rafael Alberti) y de mantener siempre en marcha el motor de la vigilancia epistemológica para no cegarnos con lo más novedoso ni quedar adheridos a lo escolástico tradicional. El término utilizado por Bordieu²¹ hace referencia a la capacidad de reflexionar epistemológicamente respecto del lugar que el operador —en este caso profesional de la salud— ocupa en el campo científico y en la sociedad en general. A pesar de ser un concepto proveniente de la sociología, podemos aprovecharlo desde el área de la salud para echar algo de luz sobre la compleja tarea del profesional asistencial que debe balancear, como el malabarista que mantiene en equilibrio platos giratorios sobre delgadas varillas, una cantidad importante de conceptos, nociones, saberes, información científica, perspectivas individuales y comunitarias, las demandas del asistido, sus propias convicciones y visión del mundo, su propia formación académica, su propia psicología y bienestar, y un largo —muy largo— etcétera. Somos personas totales y trabajamos al servicio de personas totales.

Mente y cerebro, un problema
que excede la epistemología.
Un análisis desde la tarea
docente en salud
Santiago A. Levín

Esta tarea de síntesis balanceada entre diferentes saberes, orientada por una ética del cuidado y por la vocación de servicio co-

munitaria, es la faceta más sofisticada de la labor asistencial y al mismo tiempo la más alta aspiración en cualquier programa de formación de profesionales de la salud.

Partiendo de uno de los problemas epistemológicos clásicos del modelo médico imperante —el dualismo mente cuerpo—, quisimos en este texto hacer una propuesta de reflexión, con intenciones de apertura, sobre algunos de los aspectos críticos en la formación de nuevos profesionales de la salud que se convierten, así, en objetivos académicos a lograr: a) un pensamiento crítico con acceso a la complejidad, que permita navegar por las aguas agitadas en la frontera entre conocimiento y asistencia; b) una actitud de constante vigilancia epistemológica con el objeto de balancear *inputs* mentales de muy diverso origen y naturaleza; c) una concepción holística de la persona humana como superación del dualismo cartesiano clásico que incluya no solo a la persona asistida sino también a la persona que asiste, y d) una formación ética que le permita al futuro profesional comprender a la salud como un derecho, y a la Salud Pública como la estrategia colectiva para lograr la justicia sanitaria, integrante esencial del proyecto de equidad social.

Referencias bibliográficas

1. Canguilhem G. *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI editores; 2009.
2. Berrios G. *Hacia una nueva epistemología de la Psiquiatría*. Buenos Aires: Pólemos; 2011.
3. Lanteri-Laura G. *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*. Madrid: Triacastela; 2000.
4. Lanteri-Laura G. *La noción de epistemología regional en psiquiatría*. *Vértex, Revista Argentina de Psiquiatría*. 2004; XV (55): 34-39.

Mente y cerebro, un problema que excede la epistemología. Un análisis desde la tarea docente en salud

Santiago A. Levín

5. Knorr Cetina K. *La fabricación del conocimiento: un ensayo sobre el carácter constructivista y contextual de la ciencia*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes editorial; 2005.
6. Kreimer P. *Estudio preliminar: el conocimiento se fabrica. ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Cómo?* En: Knorr Cetina, K. *La fabricación del conocimiento: un ensayo sobre el carácter constructivista y contextual de la ciencia*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes editorial; 2005.
7. Levin S. *Apuntes para un análisis epistemológico de algunos problemas de la psiquiatría contemporánea*. Vértex, Revista Argentina de Psiquiatría. 2010; 21: 263-273.
8. Levin S. *La psiquiatría en la encrucijada*. Buenos Aires: Eudeba; 2017.
9. Veyne P. *Foucault, pensamiento y vida*. Buenos Aires: Editorial Paidós; 2009.
10. Díaz, E. *La posciencia: el conocimiento científico en las postrimerías de la modernidad*. Buenos Aires: editorial Biblios; 2000.
11. Kuhn T. *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica; 1971.
12. Conti N. *¿Qué es la ciencia hoy? Una aproximación a la epistemología contemporánea*. Clepios. 1998; 14.
13. Conti N. *Análisis histórico y epistemológico de la psiquiatría moderna: terreno social y producción discursiva en los siglos XIX y XX*. Sinopsis 2005; 20: 11-13.
14. Stagnaro JC. *Biomedicina o medicina antropológica*. Vértex, Revista Argentina de Psiquiatría. 2002; 13: 19-26.
15. Stagnaro JC. *Nosografías psiquiátricas contemporáneas: descripción y perspectivas críticas*. En: Vaschetto, E. *Epistemología y Psiquiatría, relaciones peligrosas*. Buenos Aires: Pólemos; 2012.

16. Crane D. *Invisible colleges. Diffusion of knowledge in scientific communities*. Chicago: The University of Chicago Press; 1972.
17. Flexner A. *Medical education in the United States and Canada*. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; 1910.
18. Kandel E. *Biology and the future of Psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited*. Am J Psychiatry. 1999; 156:505-524.
19. Noble M. *Prevención cuaternaria: un intento de evitar los excesos de la medicina*. Vértex, Revista Argentina de Psiquiatría. 2015; 26: 343-349.
20. Moynihan R. *Expanding disease definitions in guidelines and expert panel ties to industry: a cross-sectional study of common conditions in the United States*. PLoS One. 2013; 41 (3): 461-6.
21. Bourdieu P., Chamboredon JC. y Passeron JC. *El oficio del sociólogo. Presupuestos epistemológicos*. Buenos Aires: Siglo XXI; 2004.