

Trastornos cognitivos en la esquizofrenia: II. Crítica de la aproximación neurocognitiva al estudio de la esquizofrenia

Educación médica
continua

Autor

Humberto Casarotti

Psiquiatra, neurólogo,
médico legista.

Correspondencia:
Presidente Berro 2531.
hcasaro@adinet.com.uy

Esta presentación es una crítica de la aproximación neurocognitiva al estudio de la esquizofrenia, en el sentido de apreciar su valor y sus limitaciones. Aunque esta reflexión se origina en los estudios cognitivos en esquizofrenia, entiende ser una crítica generalizable a lo que hoy se denomina “psiquiatría cognitiva”.

En primer lugar se analizan brevemente los principales hitos históricos del desarrollo de las ciencias cognitivas, y su aplicación al estudio de los trastornos mentales. En segundo lugar se consideran específicamente los problemas que han surgido al aplicar los estudios cognitivos en la esquizofrenia. Y finalmente se presentan, desde la perspectiva de un modelo de psicopatología “general”, las limitaciones que los modelos cognitivos suponen al ser aplicados a la patología mental.

A. Dada la evolución interna de las ciencias cognitivas el término cognitivo tiene tantos y diferentes sentidos que se ha llegado a decir que “cognitivo” es precisamente el objeto que el conjunto de las “ciencias cognitivas” tiene por finalidad investigar, describir y explicar. Habitualmente, se establecen tres grandes etapas o revoluciones en esta historia¹.

En la primera etapa, en la que predominó la psicología cognitiva y que comenzó después de la segunda guerra mundial, se rechazó el concepto behaviorista de que la percepción se transforma directamente en acción, aceptándose, en cambio, que entre percepción y acción se interpone un contenido mental, una representación. El objeto de estudio de la psicología cognitiva pasó a ser la representación mental y el psiquismo fue considerado un sistema de tratamiento de la información, compuesto por módulos funcionales, específicos y organizados arquitectónicamente con un sistema de control. Durante este período

el funcionamiento de la mente fue entendido según “cómo la información proveniente del medio externo y del medio interno es tratada y utilizada”, es decir, el modelo cognitivo estaba organizado según la teoría del tratamiento de la información.

Inicialmente este modelo cognitivo dependió en gran parte de la relación que la psicología cognitiva tuvo con la ciencia de la computación. Esta nueva disciplina permitía entrever que era posible crear en el interior de una máquina estados funcionales que fuesen una representación de aspectos de la realidad. Estos “modelos internos”, como fueron llamados por K. J. Craik², podrían ser utilizados para hacer funcionar máquinas capaces de simular la realidad exterior y también capaces de anticipar los efectos de una acción de la máquina sobre la realidad. Es decir, estos “modelos internos” de la máquina se presentaban teniendo un carácter “intencional” en la medida en que representaban una acción y sus efectos, antes de que la representación se manifestase como conducta observable.

En este modelo las representaciones mentales fueron descriptas como símbolos que se postulaban inscriptos en el cerebro, y donde la mente era presentada como el producto de la manipulación formal de los símbolos que operaba el cerebro. Durante esos años el cerebro fue entendido como un sistema de tratamiento de la información, y fue pensado como un “ordenador”. Se consideraba que el pensamiento está estructurado como lenguaje y que en último término era un lenguaje. Eso fue lo que J. Fodor denominó un “mentais”, o lenguaje del pensamiento³. Las representaciones mentales inscriptas en el cerebro se consideraban estructuradas según reglas formales, sintácticas y las ciencias cognitivas eran ciencias “representacionales”.

En los años 70 tiene lugar una revolución en las ciencias cognitivas. Por el programa llamado “conexionista” la cognición ya no será descrita en términos de representaciones simbólicas, sino que será entendida como el resultado variable de estados globales de redes de unidades interconectadas, que fueron llamadas metafóricamente “redes neuronales”.

Si durante la primera etapa cognitiva la metáfora de referencia para la mente había sido el ordenador, a partir del conexionismo (y especialmente después de la teoría de la “enacción” de F. Varela⁴) será el cerebro el que se convertirá en el modelo de referencia de la cognición. No siendo la cognición un tipo de programa (software), el cerebro deja de ser pensable como un tipo de ordenador^{5, 6}.

A lo largo de esa evolución las ciencias cognitivas ingresaron a la etapa actual donde el actor central es el cerebro, aún misterioso en su organización⁷. En esta etapa las ciencias cognitivas se abren a tratar el sistema nervioso en su realidad. Comprendido progresivamente como un espacio del cuerpo que es capaz de incorporar el tiempo de la experiencia vivida, empiezan a tener mayor importancia y significación que los criterios localizadores, el estudiar los regímenes de actividad mental, es decir, la variación circadiana de vigilia y sueño con sus dos formas de vida mental, la vida mental vigil y la vida mental onírica con sus diferentes infraestructuras mentales. El sistema nervioso va surgiendo así como el espacio donde el sujeto se incorpora con su historia personal. El mismo sujeto que, emergiendo por el desarrollo, transforma esa parte plástica del organismo que es el sistema nervioso, sometiéndolo a los valores que él ha creado⁸. Así se comprende que no exista un tipo, una imagen del hombre que sea la ideal, sino que el tipo final es para cada uno su creación y por lo mismo su responsabilidad. El desarrollo psíquico “no tiene un modelo”. El psiquismo de cada persona es, como dice Ph. Prats, “sans modèle”⁹, en el sentido de que cada uno debe crear su propio modelo.

B. Desarrollo de la aproximación cognitiva a los trastornos mentales¹⁰

El análisis cognitivo de los trastornos mentales comenzó alrededor de los años 60, por ser una investigación de los correlatos intelectuales de la patología mental¹¹. En estos primeros estudios lo “cognitivo”, que era entendido en el sentido más clásico de “contenidos del pensamiento accesibles a la conciencia”, sirvió para analizar, por ejemplo, los juicios que distorsionaban el significado de los acontecimientos en la depresión.

La lectura que de este modo se hacía de la patología mental buscaba complementar “cognitivamente” el conocimiento de esa patología. De hecho, iniciaba su lectura aceptando que los fenómenos a estudiar eran las enfermedades mentales que una ciencia nueva venía investigando según su naturaleza propia y por lo mismo según el “método clínico” específico que requería. La naturaleza de las enfermedades mentales había obligado a la psiquiatría a sufrir varias revoluciones conceptuales y prácticas. Uno de esos cambios, sin duda el más relevante, lo había determinado el proceso esquizofrénico, y consistió en la transformación de la semiología. La semiología psiquiátrica de ser una lectura patológica de lo que se pensaba era lo psicológico, pasó a ser una lectura psicológica propiamente dicha de las estructuras mentales enfermas^{12, 13}. Sin embargo, la aplicación de los conceptos de la psicología cognitiva a la patología mental reeditó la lectura que de lo psicopatológico había realizado la psiquiatría durante el siglo XIX. En lugar de estudiar los fenómenos psicopatológicos en su naturaleza propia, en su real sustancia, de ser fenómenos mentales heterogéneos a los fenómenos psicológicos normales, los interpretó como fenómenos deficitados o distorsionados de los fenómenos normales. Procediendo de esa manera se perdía la sustancia de las enfermedades mentales cuya realidad evidencia su diferencia cualitativa con los fenómenos de la vida psíquica normal.

Por otro lado, al entender a la enfermedad mental como déficit o distorsión cognitiva iba a contracorriente del modelo psicoanalítico que fue predominante durante el siglo XX, que priorizaba lo afectivo sobre lo cognitivo y los mecanismos inconscientes sobre los mecanismos conscientes. También durante esta

* De ahí el título del libro de Popper y Eccles “El yo y su cerebro”.

primera etapa, la reflexión clínica pragmática pensó más en la causalidad de los trastornos mentales que en su estructuración mental propiamente dicha. La insistencia se hacía en lo “cognitivo” como factor causal y como factor a tomar particularmente en cuenta para el tratamiento y la recuperación de la distorsión cognitiva. Esta “lectura cognitiva” comenzó a convertirse para algunos autores en una nueva teoría explicativa de la patología mental, basada en un análisis de las representaciones accesibles a la conciencia.

Esa primera fase predominantemente clínica y animada por objetivos terapéuticos, fue seguida de una larga fase de estudios experimentales de las llamadas “funciones psíquicas elementales” (memoria, atención, percepción, aprendizaje, toma de decisiones, etc.). Durante esta fase se ingresó progresivamente a un análisis de los mecanismos no conscientes del “funcionamiento cognitivo”. Distinguiéndose “contenidos” y “procesos” cognitivos se ingresó al análisis de las estructuras cognitivas. Pero este análisis, aunque ponía el problema en el nivel específico de complejidad que tiene el funcionamiento mental, contradictoriamente fue definido a nivel de mecanismos “elementales”.

En esta nueva etapa ya no se investigaron simplemente los correlatos intelectuales de los trastornos mentales o consecuencias intelectuales inespecíficas, sino que las modificaciones cognitivas comenzaron a ser consideradas disfunciones cognitivas basales, intrínsecas al proceso patológico y, en último término, como siendo lo nuclear de cada trastorno. Sobre la base del modelo cognitivista de la mente vigente en esta época, las disfunciones cognitivas, a pesar de ser “elementales”, comienzan a ser consideradas como “el trastorno mental”. Y cuando las personas no tenían claros síntomas de trastorno mental, la comprobación de la existencia de una disfunción semejante empezó a ser valorada como un “marcador” de vulnerabilidad.

Se comenzó a hablar de “psicopatología cognitiva”¹⁴ cuando lo cognitivo fue ampliándose, al estudiarse las operaciones de producción de los contenidos y procesos del pensamiento y de otras formaciones mentales. En esa psi-

copatología el objeto del saber pasó a ser el de los mecanismos cognitivos, tanto de las operaciones mentales como de sus disfunciones. Este nuevo modelo de psicopatología cognitiva no permaneció en el plano de lo académico sino que por el hecho de que las enfermedades mentales son reales y quienes las padecen deben ser asistidos, se fue convirtiendo progresivamente en un modelo de psiquiatría. Y al hacerlo, como se ve a propósito de la esquizofrenia, ingresó a un campo en el que el técnico cognitivo “debe actuar”, responsabilizándose por los sujetos enfermos, con lo cual los técnicos cognitivos realizaron sus actividades divididos internamente. Por un lado, el técnico investigador tenía un sistema de conceptos cognitivos basados en “mecanismos elementales de la vida mental” y al estudiar los trastornos psíquicos se vio enfrentado a considerar procesos complejos, como el lenguaje, la representación y atribución de la acción, la conciencia, etc. Por otro, el terapeuta cognitivo que tiene que responsabilizarse del paciente psiquiátrico en su complejidad existencial, disponía para trabajar con él del modelo psicopatológico cognitivo que, como referencia, si bien le permitía encarar muchos aspectos, no satisfacía todas las exigencias de la praxis psiquiátrica.

Durante esta etapa en el trabajo de investigación de laboratorio, ayudados por las diversas formas de neuroimagenología, se intentó interrelacionar las “operaciones cognitivas” con el funcionamiento cerebral, buscando los mecanismos cerebrales subyacentes, especialmente de los sistemas de neurotransmisión, “blanco” de la actividad psicofarmacológica y de los circuitos fronto/estriatales, valorados como el sustrato del control de la acción.

En una tercera etapa el modelo cognitivo, queriendo incidir más en la práctica clínica, se va convirtiendo en una teorización psiquiátrica. A pesar de ser un modelo de psicopatología “especial” apuntó a convertirse en una “psicopatología general” llevado por un conjunto de fuerzas: la pragmatidad de su modelo, su relación inmediata con las neurociencias, la moda, el desconocimiento de la historia de la psiquiatría, la presión de la industria farmacéutica, etcétera.

C. Aplicación de la aproximación cognitiva a la esquizofrenia^{15, 16}

Cuando el modelo cognitivo se aplicó al proceso esquizofrénico se desarrollaron necesariamente dos tipos de investigaciones. Primero se investigó sobre las alteraciones de los mecanismos elementales, perceptivos y atencionales, y, segundo, dada la naturaleza de la esquizofrenia, se hizo impostergable investigar la pragmática de la comunicación. Aquí la perspectiva cognitivista se vio obligada a recurrir a hipótesis de trabajo que ya no podían ser definidas en planos elementales, sino que, por el contrario, requerían analizar los hechos en el plano complejo en que acontecen. Querer analizar la comunicación y la acción del paciente esquizofrénico no puede llevarse a cabo simplemente haciendo más complicados los llamados mecanismos elementales, sino que es necesario ingresar a otro plano de realidad, el de la realidad del sujeto.

De acuerdo con lo presentado previamente, los estudios cognitivos en esquizofrenia han aportado dos tipos de conocimientos. Por un lado, han sido descriptas como efecto de la enfermedad diversas anomalías cognitivas en la organización de la información perceptiva, de la memoria y de la atención. Esas alteraciones se objetivan centralmente en la selección de la información y en las respuestas ajustadas a la situación concreta. Por otro lado, a ese primer análisis se debió agregar la investigación de lo que es el proceso esquizofrénico en su sustancia. En esta segunda aproximación se comenzó a hablar de trastornos en la comunicación, en la conciencia de sí o de los otros, y también en la llamada agentividad (término que refiere a la propiedad que posee toda acción de tener un agente, un alguien, un quien a quien la acción puede ser atribuida).

En consecuencia, el modelo cognitivo ha buscado integrar los diferentes trastornos de la esquizofrenia dentro de un marco más amplio: el de los trastornos de la regulación de la acción, de acuerdo con el nivel como esta regulación puede verse alterada: a) en la interacción del proceso de percepción-memoria, b) en la organización de un plan de acción y c) en el control de su ejecución¹⁵.

Guiados los autores de los estudios cognitivos por los datos proporcionados por la semiología psiquiátrica se han llevado a cabo tres tipos de estudios de la patología esquizofrénica que corresponden a los tres órdenes de síntomas esquizofrénicos. Se estudia la desorganización de la acción: primero en el pensamiento y el lenguaje y después en el ajuste de la acción al contexto, es decir, como alteración de la relación con la realidad. En este aspecto el lenguaje es estudiado como trastorno de la pragmática de la comunicación, y en la conciencia de la acción propia y de la acción de los otros¹⁷. De ese modo la investigación cognitiva ha ingresado a la consideración del plano de la intencionalidad y de las cogniciones sociales.

Esta relectura cognitiva actual de la disociación esquizofrénica considera que el problema de la desorganización de la acción sucede como expresión de un trastorno del control de la acción, para el cual se debió desarrollar la hipótesis de la existencia de un comparador o monitorizador de la acción. Y siempre dentro del estilo cognitivo de generar hipótesis, se ha establecido diversos tipos de trastornos del control de la acción: a) por alteración de la comparación entre los datos endógenos y exógenos, b) por trastornos del control de la acción voluntaria y c) por trastornos de la planificación de la acción. En los dos últimos niveles el análisis de la acción implica considerar la experiencia subjetiva e intersubjetiva, experiencias que a priori no son reducibles a ser entendidas como trastornos elementales. Así, la psicopatología cognitiva pasa entonces de un plano a otro, del estudio de los trastornos elementales al estudio de los llamados trastornos de las cogniciones sociales. Procediendo de este modo la aproximación cognitiva aparece “entrampada”, al verse en la necesidad, ya sea de introducir subrepticamente conceptos que provienen de otros métodos de abordaje de la patología mental, por ejemplo, fenomenológicos, o de simplificar el contenido de lo que dice utilizando términos y conceptos sin real tecnicidad psicológica.

Cuando sucede lo segundo, por ejemplo, cuando los estudios se refieren a la conciencia de sí vinculada a la experiencia de ser agente de la acción, las hipótesis que se generan para

explicar las alucinaciones tienen que recurrir a “explicaciones metacognitivas”. Se parte de afirmaciones a priori, por ejemplo: a) que la conciencia del obrar se expresa por la atribución de la acción a sí o a otro, y que una alteración específica de la conciencia de la acción explicaría los síntomas de primer rango de Schneider; b) se dice que existiría una disociación, porque la conciencia de la acción estaría conservada, mientras que estaría alterada la conciencia de ser agente de la acción. Se pasa entonces a hablar de “sistemas de codificación transitivos de la acción que serían puestos en juego en las interacciones sociales” y se plantea la hipótesis de la existencia de una alteración de la llamada “teoría de la mente”. Esta teoría¹⁸ entiende que el niño accede a tener un concepto de la mente como representación de la realidad, afirmando que el niño es capaz de entender que una misma realidad puede ser representada de modo diferente, e incluso erróneamente. Y que poder acceder a esta teoría de la mente implica coordinar diferentes puntos de vista y participar de las acciones de los otros por empatía.

En este pasar de lo elemental a lo complejo, de los trastornos perceptivos y atencionales a los trastornos de la atribución de la acción por falta o por exceso de alguna función, se llega a la necesidad de plantear en la interacción social la cuestión del “quien”. Han sido las disoluciones de la realidad organizacional que es el sujeto o el agente de la acción, lo que exigió el desarrollo de la psiquiatría como ciencia específica. El modelo cognitivo, en cambio, en lugar de partir de que esos hechos significan que el investigador se ve enfrentado a la realidad del sujeto que exige otros modos de estudio, llevado por el contexto de conceptos elementalistas genera hipótesis como, por ejemplo, la del “sistema quien”¹⁵.

En suma, puede decirse que si bien la aproximación neurocognitiva a los trastornos mentales ha generado una masa importante de conocimientos, tiende en un momento dado a fragmentar, a atomizar sus análisis, multiplicando resultados e índices sin mayor significación práctica, especialmente cuando encara aspectos que escapan al sistema conceptual y a su método de trabajo. De todos modos debe ser destacado el carácter

fuertemente empírico de sus teorizaciones y la pregnancia clínica y terapéutica que la aproximación cognitiva tiene, a pesar de las limitaciones que implica.

Poder considerar estas limitaciones exige hacerlo desde un modelo de psicopatología general que sea el punto de referencia que permita evaluar los modelos especiales^{*,**},¹⁹.

La psiquiatría surgió como una ciencia nueva cuando fue descubierto un nuevo objeto de saber: las enfermedades mentales, y esto sucedió cuando la evolución del pensamiento filosófico y el desarrollo de las ciencias naturales ubicó a las relaciones de lo físico y de lo moral, a la relación de estas dos causalidades, en las funciones del sistema nervioso²⁰. La psiquiatría como ciencia de los trastornos mentales se fundó sobre una primera tesis de esa relación, y su evolución ha sido indizada por las teorizaciones sucesivas.

Una teoría psiquiátrica general debe ser una buena hipótesis de trabajo que permita discutir con objetividad las cuestiones diagnósticas y pronósticas, su etiología y su patogenia, las indicaciones terapéuticas, la valoración de la evolución de los procesos de enfermedad, y que facilite la organización de los servicios asistenciales y ayude en el análisis y en la solución de los problemas médico-legales que la enfermedad mental determina²¹. El modelo cognitivista cuando es utilizado como psiquiatría general con relación a varios de estos aspectos evidencia algunas insuficiencias.

Una buena hipótesis de trabajo debe responder a un modelo de la mente que la conceptúe como una organización real que tiene un desarrollo (su aspecto genético) y que es una organización jerárquica de funciones, es decir, integrada, con infraestructuras y supraestructuras funcionales. La psicopatología cognitiva en su desarrollo ha ido integrando, muchas veces de modo sincrético, estos diversos aspectos de un modelo del psiquismo, sin lograr “despegarse” de las estructuras del sistema nervioso. La teoría de la enacción de F. Varela⁴, en cambio, donde cuerpo y realidad se generan recíprocamente de modo autopoiético, propone una visión del psiquismo más adecuada para considerar los trastornos mentales, ya que

* El escuchar la exposición del Dr. V. Pardo sobre los resultados de los trabajos cognitivos en esquizofrenia me llevó a hacer dos reflexiones. Primero, que lo que fue expuesto sobre esos estudios pudo ser seguido por el auditorio, aunque no se tuviese conocimientos previos sobre “lo cognitivo”, pero no hubiera podido ser entendido por oyentes que no tuvieran experiencia teórica y práctica del trastorno esquizofrénico. Segundo, que la exposición fue posible en el corto tiempo de que dispuso porque los estudios cognitivos utilizan conceptos psicológicos simples sobre percepción, memoria, aprendizaje, pensamiento, etc. Un auditorio de psiquiatras puede entender el sentido y los límites de la aproximación cognitiva a la esquizofrenia, porque conoce sobre la complejidad conceptual psicopatológica y clínica de este proceso de enfermedad mental.

** El sintético recorrido histórico y conceptual de la “conciencia” llevado a cabo por N. Depraz¹⁹, permite percibir el entrecruzamiento de las perspectivas y la necesidad de un modelo más abarcativo.

permite entenderlos como “desorganización” del orden “enactado” por la relación organismo y medio. El psiquismo aparece así como una realidad que puede desorganizarse, aunque le falte aún a la psicología cognitiva integrarse con los desarrollos que sobre la génesis y la estratificación de la mente ha producido la psiquiatría clínica.

Una buena hipótesis de trabajo psiquiátrico también debe dar cuenta de que la enfermedad mental es una forma de vida mental regresiva, es decir, heterogénea con relación a las variaciones normales de la vida mental. Este es uno de los puntos que la psicopatología cognitiva no termina por presentar claramente. Los diferentes análisis de la patología mental son hechos generalmente desde la perspectiva de considerar los trastornos mentales como variaciones que son semejantes a las variaciones normales, sólo que deficitadas o distorsionadas. Esto que tal vez sea consecuencia del nivel desde el cual los cognitivistas realizan sus análisis, se convierte en un escollo grave que por momentos parece impedir la captación de lo heterogéneo y esencialmente incompatible que caracteriza a los trastornos mentales. Aun captando que los trastornos mentales son alteraciones de la comunicación, de la interrelación, y de la aprehensión de la realidad, todos estos aspectos son considerados desde una perspectiva que los reduce a ser la proyección de experiencias normales y, por consiguiente, a perder lo nuclear de la realidad de lo patológico mental.

Este punto constituye una de las limitaciones fundamentales de la aproximación cognitiva. Primero, porque, aunque las investigaciones cognitivas parten de la aceptación de las fisionomías semiológicas arduamente elaboradas por la psicopatología descriptiva, el modo como estos síndromes son utilizados no se hace sobre la base de que sean estructuras cualitativamente diferentes a las estructuras mentales normales. Segundo, porque los síndromes psiquiátricos que son diferentes no porque correspondan a sumatorias de síntomas diferentes, sino porque los síntomas se estructuran de modo diferente en cada tipo de trastorno mental, aparecen analizados en las investigaciones cognitivas sin profundidad, aplanados, desprovistos de

la riqueza que implican en la perspectiva psiquiátrica.

En los análisis cognitivos no aparecen las dificultades que encierran los “productos” semiológicos que investigan. Incluso la utilización que se hace de las sumatorias diagnósticas sobrepasa la limitación que los criterios operacionales han impuesto, por ejemplo, para comprender y poder diagnosticar la estructura esquizofrenia como discordancia y autismo²². Por otro lado, la especial “atomiación de los síntomas” que la investigación cognitiva requiere, por estar centrada en el análisis de mecanismos elementales, va en contrario de la real organización de las estructuras psicopatológicas. Y en consecuencia la aproximación cognitiva realizada, por ejemplo, mediante baterías de tests neuropsicológicos: a) no puede proporcionar el perfil psicológico que sí proporciona la semiología psiquiátrica; b) no sirve para establecer los diagnósticos diferenciales que plantea el proceso esquizofrénico; c) no satisface al clínico, aunque las evaluaciones sean precisas desde el punto de vista experimental, porque con frecuencia le proporcionan índices que no le son de utilidad y también porque no se corresponden con las dificultades que tiene con el mundo real del paciente; d) además las evaluaciones mediante tests tienen bajo significado individual por ser comparación de medias de muestras.

Un aspecto que el modelo cognitivo toma poco en cuenta es el de la ordenación nosográfica de los tipos psicopatológicos que estudia. Y este hecho parece tener origen precisamente en una dificultad inherente al modo de aproximación cognitiva, ya que poder establecer y ordenar los tipos nucleares de patología exige llegar al conocimiento de cuáles son las estructuras mentales reales, que, conocidas, posibiliten clasificar los trastornos según el orden de normalidad perdido. Y a ese conocimiento de la vida mental real, sólo puede accederse a través del análisis clínico estructural de los trastornos mentales. La organización de la mente, simple y transparente en la vida mental normal, sólo puede develarse por el análisis de las estructuras mentales patológicas. Esto tiene importancia en relación con la investigación neurofisiológica, ya que

esta necesita que la psiquiatría le proporcione ese conocimiento para que pueda realizar sus estudios sobre lo que son los tipos diferentes y reales de trastornos mentales.

Otro aspecto esencial de una buena hipótesis de trabajo psiquiátrica es que las enfermedades mentales sean entendidas como el resultado de una desorganización “orgánica”, en el sentido de ser desorganizaciones del organismo mental determinadas por un proceso patológico somático. En este sentido la teorización cognitiva no puede ser criticada, cuando se piensa en el íntimo vínculo que sus desarrollos tienen con las neurociencias. Tal vez sí pueda señalarse que este modelo, por el contrario, se orienta a una excesiva biologización del proceso de desorganización, que si bien es somático en su determinación inicial, es, sin embargo, mental en su estructuración.

Finalmente, una buena hipótesis de trabajo tiene que constituir una sólida base para la resolución de los diferentes aspectos prácticos implicados en la asistencia psiquiátrica. Dentro de estos aspectos se señalan dos. Primero, las consecuencias en el plano de la terapéutica. En este punto, la psicopatología cognitiva aparece como un movimiento fuertemente terapéutico que movilizó a la psiquiatría, convirtiendo al paciente, como no lo había hecho ningún otro método de tratamiento, en el sujeto agente de su curación²³. Sin embargo, este hacer del paciente un sujeto activo implica una dificultad que la práctica objetiva a diario, y es la de desplazar el centro de la asistencia psiquiátrica hacia las formas de patología menor, y muchas veces hacia problemas psicológicos que no son trastornos mentales. En segundo lugar, otra falencia de la aproximación cognitiva es su poca utilidad a la hora de tener que evaluar a un paciente desde el punto de vista legal con relación a la capacidad mental o a la responsabilidad penal.

En resumen, puede decirse que por ser la enfermedad mental una alteración somática del orden psíquico creado por el sujeto, la aproximación cognitiva constituye un modelo que abre un panorama ilimitado de investigación respecto al determinismo físico de los trastornos mentales. Sin embargo, con

relación al análisis de las acciones del sujeto debería procederse teniendo cuidado de no superfetar las posibilidades que esa aproximación permite.

Referencias bibliográficas

1. **Tiberghien G, Abdi H, Desclés JP, Georgieff N, Jeannerod M, Le Ny JF et al.** Introduction. In: Tiberghien G (dir). *Dictionnaire des sciences cognitives*. A. Colin: Paris; 2002, pp. 1-5.
2. **Craik KJ. In: Gregory RL (ed).** *Diccionario Oxford de la mente*. Madrid: Alianza; 1995, pp. 243-245.
3. **Fodor JA.** La estructura del código interno: algunas pruebas psicológicas. En: *El lenguaje del pensamiento*. Madrid: Alianza; 1984, pp. 173-211.
4. **Varela FJ, Thompson E, Rosch E.** Enacción: la cognición corporizada. En: *De cuerpo presente. Las ciencias cognitivas y la experiencia humana*. Barcelona: Gedisa; 1997, pp. 174-215.
5. **Delacour J.** Un même modèle pour le cerveau et l'esprit? En: Delacour J. *Le cerveau et l'esprit. Que sais-je?* Paris: Presses Universitaires de France; 1995, pp. 104-122.
6. **McCorduck P.** ¿Puede una mente artificial ser moral? En: McCorduck. *Máquinas que piensan*. Madrid: Tecnos; 1991, pp. 309-331.
7. **Poirel Ch.** Le cerveau à la rencontre de la pensée. En: *Le cerveau et la pensée. Critique des fondements de la neurophilosophie*. Paris: L'Harmattan; 1997, pp. 49-86.
8. **Popper KR, Eccles JC.** *El yo y su cerebro*. Basilea: Lab. Roche; 1980.
9. **Prats Ph.** L'ontologie eyienne. En: *Une psychiatrie philosophique. L'organo-*

- dynamisme comme anthropologie. Paris: L'Harmattan; 2001, pp. 161-244.
10. **Georgieff N.** Psychiatrie cognitive, psychopathologie cognitive. In: Tiberghien G (dir). Dictionnaire des sciences cognitives. Paris: A. Colin; 2002; pp. 218-221.
 11. **Ionescu S.** Psychopathologie cognitiviste. In: Quatorze approches de la psychopathologie. Nathan, Poitiers, 1991:54-69.
 12. **Minkowski E.** Position de la psychopathologie: son autonomie. En: Traité de psychopathologie. Paris: Presse Univ de France; 1966, pp. 3-27.
 13. **Berrios GE.** Descriptive psychopathology. En: The history of mental symptoms (descriptive psychopathology since the nineteenth century). Cambridge: Cambridge Univ Press; 1996, pp. 15-31.
 14. **Dobson KS, Kendall PhC.** On the nature of cognition and its role in psychopathology. In: Dobson KS, Kendall PhC (eds): Psychopathology and cognition. San Diego: Academic Press; 1993, pp. 3-17.
 15. **Georgieff N.** Schizophrénie. In: Tiberghien G (dir). Dictionnaire des sciences cognitives. Paris: A. Colin; 2002, pp. 270-272.
 16. **Steffy RA.** Cognitive deficits in schizophrenia. In: Dobson KS, Kendall PhC (eds): Psychopathology and cognition. San Diego: Academic Press; 1993, pp. 429-472.
 17. **Jeannerod M.** Action. In: Tiberghien G (dir). Dictionnaire des sciences cognitives. Paris: A. Colin; 2002, pp. 14-17.
 18. **Melo AM.** Théorie de l'esprit. In: Tiberghien G (dir). Dictionnaire des sciences cognitives. Paris: A. Colin; 2002, p. 294.
 19. **Depraz N.** À la croisée des chemins: la vision radicale de Henri Ey. En: La conscience: approches croisées, des classiques aux sciences cognitives. Paris: A. Colin/VUEF; 2002, pp. 116-127.
 20. **Ey H.** Le développement "Mecaniciste" de la psychiatrie à l'abri du dualisme "cartésien". Etudes psychiatriques, I, 3: 51-66, 2 ème. ed. Paris: Desclée de Brouwer; 1952.
 21. **Ey H.** Esquisse d'une conception organo-dynamique de la structure, de la nosographie et de l'étiopathogénie des maladies mentales. Psychiatrie der Gegenwart, Berlin, Springer Verlag, 1963: 720-762 (traducción inglesa: Outline of an organo-dynamic Conception of the Structure, Nosography, and Pathogenesis of mental Diseases. In: Natanson M (ed). Psychiatry and Philosophy. Berlin: Springer - Verlag; 1969, pp. 111-161).
 22. **Maj M.** Critique of the DSM-IV operational diagnostic criteria for schizophrenia. British J Psychiatry 1988; 153:458-460.
 23. **Casarotti H.** El sujeto en el cambio psicoterapéutico. III Congreso Psicoterapias Cognitivas Latino-Americanas, I Congreso Uruguayo de Psicoterapias Cognitivas, Montevideo, 2000.