

EL FIN DE LA ILUSIÓN DE PINEL Y LA NUEVA PSICO(PATO)LOGÍA

Alberto Fernández Liria

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Universidad de Alcalá.
afliria@terra.es

Beatriz Rodríguez Vega

Hospital Universitario La Paz, Universidad Autónoma de Madrid

This paper reviews the way in which the concept of mental illness that Philippe Pinel proposed at the beginning of the XIX century has influenced the history of Psychiatry and proposes instead a constructivist understanding of mental disorders grounded in a narrative conception of these disorders. From this point of view we explore possible explanations of mental disorders and the way we can act over them in the phylogenetic evolution of the human specie and the ontogenetic development of human beings with a special reference to relational aspects

Key words: Psychiatry, mental disorders, evolution, attachment

LOS ORÍGENES DE LA PSIQUIATRÍA Y LA ILUSIÓN DE PINEL

El mito del origen: el Padre Jofré y Michel Foucault

Es frecuente que se refiera el fundamento de la atención psiquiátrica a la conmoción que causó al Padre Jofré en la Valencia de principios del siglo XV asistir al maltrato que un grupo de niños propiciaba, en plena calle, a un pobre *inocente* (probablemente un niño con retraso mental). De aquella conmoción surgió, según este mito fundacional, la decisión de crear un lugar donde tales pobres inocentes pudieran recibir *hospitalidad* (porque no con otra cosa tiene que ver el origen de la palabra *hospital*). Lo cierto es que los hospitales surgen como instituciones caritativas, para proteger a estos seres débiles de la crueldad de sus congéneres *normales*. Y los funda y los sostiene la Iglesia. Nada parecido a un psiquiatra participa en esto. Tampoco hay un concepto elaborado de nada parecido a la *enfermedad mental*.

Michel Foucault (1964) hace una lectura bastante diferente de estos hechos.

Los hospitales, que en el siglo XVII se habían extendido como setas por los alrededores de todas las ciudades europeas, organizarían lo que él ha denominado el *gran encierro*. El procedimiento consistía en controlar —y hacer desaparecer de la vista de los habitantes de las ciudades— a individuos molestos que en las sociedades rurales del medioevo habían sido apartados y controlados por otros procedimientos ahora inservibles. El Hospital General de París, que llegó a alojar a 8000 personas —iba a escribir que llegó a tener 8000 camas, pero la idea de que las personas alojadas en el hospital disponen de una cama es muy posterior y corresponde a otro concepto de *hospital*— cuando la ciudad sólo contaba con 500.000 habitantes. Dependía del arzobispado y disponía de un especie de policía propia que recogía personajes que vagabundeaban y los conducía a su interior, donde un especie de *tribunal evaluador* decidía si debían quedarse o no y, en caso afirmativo, si lo debían hacer con o sin azotes. (En realidad se trata de una medida cuyos ecos remotos —sin latigazos— aún resuenan en el programa *HELP*, que nuestro compatriota Rojas Marcos puso en marcha para el Ayuntamiento de la ciudad de Nueva York hace unos años). Se ha discutido si el término de *gran encierro* y la voluntad de ocultar que Foucault atribuye a estas instituciones son acertados. Considero que sí, a pesar de que, como señala Dörner como contraargumento (1969) —en un especie de rizado del rizo— instituciones como el hospital de Bedlam, a las afueras de Londres, expusiera en sus puertas, convenientemente encerrados en jaulas, algunos locos que consideraba curiosos, para solaz de las familias que se desplazaban a la campiña de los alrededores a disfrutar del fin de semana.

El origen de los mitos: Philippe Pinel y la delimitación de la locura

Las revoluciones burguesas trajeron a Europa un nuevo orden que se pretendía basado en la Razón y que suponía la existencia de ciudadanos libres y responsables de sus actos ante una justicia, igual para todos, impartida por los tribunales. Una institución como los hospitales de la época clásica no podía tener cabida en este nuevo orden (Gracia, Espino, 1979). A los jueces les correspondía el dictaminar sobre el comportamiento que se atenía a este principio. Para el comportamiento que se resiste a dejarse gobernar por la razón había que proveer una explicación. ¿Quién mejor que la Ciencia para explicar las excepciones a las leyes de la razón? Los médicos fueron, pues, llamados por primera vez para hacerse cargo de los hospitales y cumplir con esta función de determinar con exactitud quién y por qué era —más allá de su voluntad— incapaz de someter sus actos a los dictámenes de la Razón que acababa de ser proclamada como última referencia de la vida en sociedad. El espacio del manicomio queda, entonces, definido como el que corresponde a personas que manifiestan conductas estadísticamente anormales y socialmente inaceptables (condenables), pero que son jurídicamente irresponsables (porque son incapaces de controlar sus actos o de distinguir el bien del mal), por lo que no se ajustan a lo que

constituyen los requisitos para la actuación del aparato jurídico-penal normal. El loco deja legalmente de ser un infrahombre para ser un ciudadano enfermo. La locura deja de corresponder con un comportamiento punible por los jueces para convertirse en una conducta que debe ser estudiada y explicada por los científicos (los médicos). La psiquiatría nace, pues, cuando los médicos son llamados a hacerse cargo del espacio, preconstituido, del manicomio. Los médicos encuentran en los hospitales que heredan del antiguo régimen una población heteróclita. Klaus Dörner (1969) la pinta así:

“Mendigos y vagabundos, gentes sin hacienda, sin trabajo o sin oficio, criminales, rebeldes políticos y herejes, prostitutas, libertinos, sifilíticos y alcohólicos, locos, idiotas y hombres estafalarios, pero también esposas molestas, hijas violadas o hijos derrochadores fueron, por este procedimiento, convertidos en inocuos y, aun, hechos invisibles”.

Si la imagen del mito originario era la del Padre Jofré presa del escándalo humanitario, la de esta fundación de todos los mitos posteriores es la de Philippe Pinel (1801) —nombrado director del Hospital por el gobierno revolucionario de París— liberando a los locos de sus cadenas. Pinel se consideraba un científico, e influido por las ideas filosóficas de Condillac (Gracia, Espino 1979), creyó que, exactamente igual que la aplicación de la observación rigurosa de las plantas había hecho desplegarse ante los ojos de Linneo todo el abanico impresionante de las especies naturales, la observación inocente de sus pacientes haría aparecer ante los suyos el orden que, sin duda, había de regir las *especies morbosas* (las enfermedades) que privaban a estos ciudadanos de la razón -y a la Razón de ellos-. Se conservan aún los cuadernos con los que Pinel (1793) recorría las salas del hospital anotando sus intentos de establecer criterios para diferenciar “locos por amor”, de “locos por penas domésticas” o “locos por acontecimientos de la Revolución”. De resultados de este trabajo, Pinel nos legó una clasificación en cuatro categorías de estos habitantes de los manicomios. Muy en resumen los había: 1) que nunca fueron inteligentes (idiotas); 2) que lo fueron, pero habían dejado de serlo (dementes); 3) que tenían comportamientos extraños (maníacos), y 4) que estaban, sobre todo, tristes (melancólicos). Pocas clasificaciones tan sabias ha habido en la historia de la psiquiatría. Philippe Pinel y sus discípulos -entre los que destaca Esquirol (1838)- delimitaron el campo de la locura y su naturaleza, y establecieron los límites de la acción de los psiquiatras. Hay algunas cosas que, sin embargo, no lograron. En primer lugar, las especies morbosas -más allá de la primera clasificación de Pinel- se resistían a revelarse con la misma claridad con la que lo habían hecho, por ejemplo, las vegetales, y los intentos de clarificar los límites se tradujeron a lo largo del siglo XIX en una proliferación incesante de categorías que, además, se solapaban entre sí. Por añadidura -o, quizás, como consecuencia- tampoco encontraron un modelo de enfermedad que permitiera articular el conocimiento de las causas de la misma con el medio de tratarlas, y, a pesar de los esfuerzos del

tratamiento moral, las instituciones psiquiátricas siguieron siendo lugares de confinamiento (y no instrumentos de curación). El siglo XIX empezó con el loco convertido en ciudadano, pero aún sin esperanza fundada de sanación, y terminó con la resistencia de las especies morbosas a dejarse aprehender por la observación.

En este trabajo llamaremos *ilusión de Pinel* a la convicción de que en la Naturaleza existe realmente algo parecido a unas *entidades morbosas* y que el comportamiento y las experiencias de los enfermos mentales puede considerarse como resultado de que, de algún modo, estas entidades se han encarnado en ellos. De ésta se derivaría una *ilusión de segundo orden* que consiste en suponer que el conocimiento y la delimitación de tales entidades es importante para los psiquiatras porque les permitirá descubrir un remedio específico para cada una de ellas.

El mito de la enfermedad: Emil Kraepelin y el paradigma de la parálisis general progresiva

Lo que los psiquiatras alemanes de finales del siglo XIX y principios del XX, con Kahlbaum (1863) y Kraepelin (1905) a la cabeza, supusieron es que el hecho de que las especies morbosas no se dejaran ver por la observación inocente de los primeros pinelianos (ya hablaremos de los segundos) no quería decir que no estuvieran allí. Según su propuesta, para que tales entidades fueran aprehendidas por el psiquiatra era preciso que éste se acercara a ellas desde un modelo previo de *enfermedad*. Durante los primeros años de la historia de la psiquiatría el loco paradigmático había sido alguien que “se creía Napoleón”, esto es: el personaje más poderoso del mundo en aquel momento. Por entonces pudo establecerse que el trastorno que más frecuentemente afectaba a los sujetos que presentaban este cuadro *megalomaniaco* era la parálisis general progresiva (PGP), esto es, la fase cuaternaria de la enfermedad sifilítica. Eran sujetos que primero habían padecido chancros genitales, luego lesiones dérmicas y más tarde tabes. En 1826 Bayle había publicado su descubrimiento de que el cuadro tenía que ver con una alteración anatómica de la aracnoides que podía encontrarse en estos pacientes cuando se les practicaba la autopsia. Años más tarde se identificaría un agente causal (el *treponema pallidum*) y un remedio (primero el *salvarsan*, luego la penicilina). Los psiquiatras alemanes del cambio de siglo pensaron que con un esquema así sí que podrían identificarse enfermedades y hacerse predicciones sobre su curso, y describieron con esa idea las entidades nosológicas que han articulado la historia posterior de la psiquiatría: la esquizofrenia, la psicosis maníaco-depresiva...

La psiquiatría que nace de Kahlbaum y Kraepelin asume la *ilusión de Pinel* según la que las especies morbosas existen en la naturaleza más allá de las conductas y las experiencias de cada *enfermo*. Pero consideran que la *observación inocente y atenta* de los síntomas a través de la cual Pinel esperaba verlas aparecer ante sus ojos no es suficiente. Para reconocerlas el médico ha de ir pertrechado de antemano con un concepto complejo de enfermedad, entendida como una entidad que se caracte-

riza por unos cuadros de estado, un curso, una etiología, una anatomía patológica, una patogenia, un pronóstico, e idealmente (porque también asumen la ilusión de Pinel de segundo orden), la respuesta a un tratamiento específico. Es más, la enfermedad podría ser reconocida -y, a veces, tratada- aunque en un momento dado del desarrollo de la medicina no se conociesen todos estos aspectos (como sucedía, entonces y ahora, con la esquizofrenia y lo que hoy se llama trastorno bipolar).

De haberse confirmado la hipótesis, las palabras, las conductas del loco se habrían convertido definitivamente en síntomas identificables que nos remitirían a una enfermedad que habita en quien la padece, y no a él como persona.

En realidad, la clínica siempre se resistió a ajustarse a tal pretensión, y desde Bonhoeffer y su reacción exógena no cesaron de describirse cuadros idénticos producidos por causas distintas y respuestas muy diferentes a noxas semejantes. Kraepelin, de hecho, era, al final de su vida, poco optimista respecto a la legitimidad de su intento, cuyo mantenimiento justificaba por la inexistencia de una propuesta mejor (Bercherie, 1980).

El DSM, Pinel y el cluster analysis: el mito de la operativización

Se ha calificado injustamente a los promotores de las nuevas clasificaciones pretendidamente *ateóricas* o *de consenso*, de *neokraepelinianos*. Me parece que su concepción de los trastornos mentales sería calificada más justamente de *neopineliiana*. La pretensión de *ateoricidad* hace referencia a la renuncia a partir de un concepto previo de *enfermedad* o de *trastorno* que, como hemos visto, era precisamente lo que caracterizaba la propuesta de Kraepelin. Lo que los autores de los DSM han puesto en juego son nuevos elementos (el grupo de consenso y el *cluster analysis*) para potenciar la observación inocente y atenta de Pinel. Con el muy pineliano convencimiento de que tal observación les llevará a ver dibujarse ante sus ojos auténticas *clases*.

Quizás nos haga falta un Gödel (Nagel, 1958) que demuestre para este terreno lo que las sucesivas ediciones parece que van poniendo de manifiesto inductivamente: que no se puede aspirar a disponer de un sistema que sea a la vez consistente y completo, y que cada vez que se intenta delimitar con rigor una categoría se consigue a base de crear a su alrededor cajones de sastre y solapamientos.

En esta nueva edición de la *ilusión de Pinel*, la intención de los clasificadores ha estado guiada, más claramente que en la primera, por lo que calificábamos de *ilusión de segundo orden*, esto es, por la idea de que la delimitación exacta de entidades bien definidas permitiría localizar tratamientos específicos de las mismas. Aquí el fracaso ha sido aún más notorio. Los fármacos que se pretendían cada vez más específicos para el tratamiento de trastornos cada vez mejor definidos (piénsese en los ISRS y la depresión) han visto multiplicarse sus indicaciones -para entusiasmo de la industria que los produce- y, hoy, los mismos remedios resultan eficaces para el tratamiento de los trastornos depresivos de varios tipos, pánico con

o sin agorafobia, trastornos obsesivos, trastornos de la conducta alimentaria, diversos trastornos de la personalidad, trastornos del control de impulsos, fobia social y, a poco que se sea generoso, formas de ser o cualidades de la vida como la timidez o la insatisfacción. Es difícil no preguntarse si, puestos a volver a Pinel, no sería mejor que intentáramos imitarle también en el número de categorías a incluir en nuestro sistema (tampoco disponemos de muchas más que cuatro clases de psicofármacos). Aunque quizá sea más productivo abandonar la idea de que estamos intentando describir entidades que tienen existencia en sí y repensar la psiquiatría desde otro planteamiento epistemológico (que es la propuesta de este trabajo).

LA ENFERMEDAD COMO CONSTRUCCIÓN SOCIAL

Llamaremos enfermedad a un estado -involuntario e indeseable- que produce un malestar frente al que una sociedad está dispuesta a articular un procedimiento que incluye exención de obligaciones, provisión de cuidados especiales y actividades de sanación (en nuestra cultura, médicas) encaminadas a resolverlo o paliarlo.

Desde esta perspectiva, la determinación de qué condiciones van a ser consideradas como enfermedad y cuales no, corresponde a cada sociedad. Por eso hay sociedades en las que determinadas condiciones que en otras son consideradas normales (y, a veces, incluso deseables) son consideradas enfermedades.

La delimitación entre la *enfermedad en general* y lo que no lo es depende, según esto, de una decisión que sería mejor entendida como *política* o, en todo caso, *cultural* que como resultado de una investigación científico-natural.

La distinción entre enfermedades diferentes adquiere sentido en la medida en que sirve para poner en marcha distintos procedimientos y para hacer predicciones sobre cuáles serán los resultados obtenidos con estos. Los mayas saben qué deben hacer y qué cabe esperar que suceda con los *espantos*, y qué hacer con los *males echados* o el *k'ak'al ontonil*, o *ek ti'ol* (Fernández Liria 1995). Nuestras familias y nuestros médicos saben qué deben hacer y qué cabe esperar que suceda con la varicela, y qué hacer con el síndrome de Down, la tuberculosis o los ataques de pánico. Por eso, aunque tengan el mismo agente causal, la varicela y el herpes zoster son enfermedades diferentes.

Según este modo de ver las cosas, podríamos decir que en nuestra cultura *las enfermedades son constructos referidos a condiciones en las que un individuo experimenta un malestar, sobre el que existe un consenso en la idea de que debe ponerse en marcha un procedimiento que incluye la intervención del sistema sanitario, y que permiten hacer predicciones sobre las actuaciones de los médicos.*

No hay especies morbosas escondidas en alguna parte de la naturaleza esperando a encarnarse en enfermos. No hay nada más allá de los enfermos. Es la acción de los médicos -y los resultados que se espera emanen de ella- la que distingue unas enfermedades de otras. La aseveración de que un enfermo es aquél

que va al médico, es más que una tautología. No hay nada de sorprendente en el hecho de que si queremos estudiar la epidemiología de los trastornos mentales debamos resignarnos a que la definición de *caso psiquiátrico* deba hacerse en términos de aquel sujeto que padece un malestar ante el que los médicos indicarían un procedimiento de tratamiento o cuidados (Goldberg, Huxley 1992).

Si aceptamos esta hipótesis, lo lógico será construir nuestra *nosología* mirando más a los condicionantes de la intervención que a la observación de los síntomas. No es nada que no se haga en otras disciplinas médicas que han extraviado menos su rumbo que la psiquiatría. Los cánceres de mama no se clasifican por la dureza o la proximidad a la areola del tumor. Se clasifican en *grado I* o *grado n* según lo que la práctica indica que es la respuesta esperable a cada uno de los procedimientos disponibles para actuar sobre ellos. Y esa clasificación permite determinar cuál es el protocolo que va a aplicarse a un paciente dado y qué cabe esperar que suceda con él (qué parece más probable a la vista de lo sucedido con otros pacientes similares). El pragmatismo de los cirujanos ha enseñado a los oncólogos a dirigir su pensamiento de la intervención a los síntomas, más que de los síntomas a la intervención.

En psiquiatría sucede hoy exactamente lo contrario. Poseídos por la *ilusión de Pinel* los psiquiatras se esfuerzan por observar los síntomas esperando que estos (convenientemente pasados por el *cluster analysis*) dibujen solas entidades para las que ya alguien (¿la industria farmacéutica, quizás?) encontrará después remedios apropiados. Los intentos de encontrar remedios cada vez más específicos para cuadros cada vez mejor definidos han fracasado. Los remedios más específicos (antes señalábamos el caso de los ISRS) han resultado aplicables para cuadros que no tienen relación entre sí en nuestras nosologías. Y esto no ha sucedido sólo con los psicofármacos. Es bien conocido el caso de Christopher Fairburn (1991, 1993), quien para proporcionarse una intervención placebo manualizada con que comparar la terapia cognitivo-conductual de la bulimia nervosa decidió utilizar el manual de terapia interpersonal de Klerman (Klerman *et al.*, 1984) para el tratamiento de la depresión. Lo que sucedió fue que, aunque la terapia cognitivo-conductual producía mejores resultados al terminar las 18 sesiones de tratamiento, los resultados a 6 y 12 meses de las pacientes que habían recibido terapia interpersonal (que seguían mejorando después de terminada la terapia) eran incluso mejores. De este modo, Fairburn *descubrió* (que no *inventó*) la terapia interpersonal de la bulimia nerviosa. (¿No había pasado algo parecido con la clorimipramina).

Podemos congratularnos de tales *descubrimientos*. Pero, aunque nos sirvan para atender mejor a nuestros pacientes, lo que en definitiva muestran es que en nuestro trabajo como clasificadores no ha respondido a nuestras expectativas. Tendremos que plantearnos qué enseñanzas podemos extraer de ello.

La investigación en el terreno de la psicofarmacología se ha visto relativamente encorsetada por este prejuicio. En el terreno de las intervenciones psicosociales los efectos están siendo devastadores. Guiados por esa idea se pretende organizar

la investigación sobre la eficacia de las intervenciones psicosociales (y, posteriormente, establecer su indicación y su pago) a partir de las categorías delimitadas por los flamantes nuevos sistemas consensuados de clasificación. Las diversas listas de *psicoterapias empíricamente validadas* que han reunido diversos grupos (entre los que destaca la Asociación Americana de Psicología) están configuradas de este modo, y tienen como epígrafes diversas categorías del DSM bajo las que figuran listados de intervenciones que generalmente comienzan con la expresión *terapia cognitivo-conductual* o *terapia interpersonal* y acaban con el nombre de la categoría o de una subcategoría.

Hasta que los grupos encabezados por Beck (1979) y Klerman (Klerman *et al.*, 1984), a cuya orientación aluden estos prefijos, decidieron, a finales de los años 70, someter su trabajo a la prueba del ensayo clínico aleatorizado, había un consenso entre los psicoterapeutas acerca de que las categorías diagnósticas, tal y como las dibujaban las clasificaciones, no eran una guía útil para el trabajo práctico con los pacientes. Hoy se han propuesto múltiples sistemas de constructos que sí lo son, y que han conseguido, muchas veces a través de un trabajo finísimo de investigación, dotarse de un respaldo empírico. Pero la falta de correspondencia entre estos sistemas y las clasificaciones al uso hace difícil que este trabajo pueda pasar el filtro que la comunidad psiquiátrica *neopiniana* se está organizando para imponer, bajo la bandera de la *medicina basada en pruebas*, a toda información que pueda llegar a sus miembros.

Delimitar los términos de la crisis

El trabajo de consenso que ha desembocado en la elaboración de los grandes sistemas *ateóricos* como la DSM y la CIE ha sido importante, sobre todo porque, convenientemente interpretado, puede haber servido para cuestionar algunos prejuicios bien asentados en algunas de las antiguas psiquiatrias *nacionales* de uno y otro lado del Atlántico y porque ha creado un campo unificado de discusión clínica y teórica de ámbito mundial. Pero, de no ponerse remedio, tales aspectos positivos pueden resultar inapreciables ante la realidad de la instalación de tales sistemas, de los procedimientos empleados para su elaboración y de los muy discutibles planteamientos epistemológicos de que parten, como auténticos dogmas, defendidos *urbi et orbe* por una auténtica Iglesia, dotada de una verdadera Inquisición que blandirá (blande ya) como martillo de herejes los prontuarios de la *medicina basada en pruebas*.

El trabajo específico de los psiquiatras y de los otros profesionales de la salud mental consiste en reducir al mínimo la presencia de los trastornos mentales y de las consecuencias negativas de los mismos en nuestra sociedad y -hoy por hoy, sobre todo- en elaborar y poner en marcha planes individualizados eficientes de atención a las personas que la sociedad considera autorizadas para solicitar y obtener nuestra ayuda.

En este momento lo que sería pertinente es el estudio de cuáles son las variables que pueden guiar la confección de tales actuaciones preventivas y tales planes individualizados (qué estrategias interpersonales, qué soportes biológicos, psicológicos y sociales). Propuestas no han faltado en estos últimos años. Buena parte de ellas se han basado en modelos de vulnerabilidad que, a veces, se han construido sobre categorías propuestas por las grandes clasificaciones, como la esquizofrenia (Ciompi, 1989; Harding, Zubin, Strauss, 1987; Leff, 1987; Nuechterlein, Dawson, 1984; Zubin, Steinhauer 1984), la hipocondría (Barsky, Geringer, 1988; Warwick, Salkovskis, 1990) o los trastornos de la conducta alimentaria (Garner, Garfinkel; 1988) y, a veces, han servido de soporte a propuestas de sistemas dimensionales como la de David Goldberg para los trastornos mentales comunes. Otra fuente de información proviene de la investigación en psicoterapia que en ocasiones ha dado lugar a sistemas de conceptualización de los problemas a atender, como los propuestos, por ejemplo, por Luborsky *et al.* (1971, 1984, 1988, 1992, 1996) Strupp y Binder (1989), Horowitz *et al.* (1976, 1984, 1988, 1997), Beutler *et al.* (1983, 1990, 1991) o Beitman y Yue (1999). De este tipo de investigación derivan también constructos (diferentes del de enfermedad) que han permitido hacer predicciones, por ejemplo sobre los efectos de los psicofármacos. Así por ejemplo, Beitman ha publicado un estudio (Beitman, *et al.*, 1994) en el que la evaluación de los estadios del cambio en los términos propuestos por Prochaska *et al.* (1984, 1986, 1991, 1992) permite predecir la respuesta al tratamiento del pánico... ¡con alprazolam!

En este camino de construcción (como en una práctica clínica que se refleja en esas sesiones cuya finalidad parece consistir en demostrar que un paciente cumple determinado número de criterios) las clasificaciones actuales (como el pretendidamente aséptico concepto de *trastorno* del que tan orgullosos están sus promotores) operan como un obstáculo epistemológico. Para avanzar los clínicos deberán sortearlo (o, mejor, criticarlo).

LA ENFERMEDAD COMO RESPUESTA

La perspectiva filogenética

Una teoría de la enfermedad tendría que poder explicar ésta como un estado particular (o mejor un proceso) que afecta a un organismo. Y para ello necesitará de un concepto de ser vivo. Adoptaremos en este trabajo la propuesta por el biólogo español Faustino Córdón (1978) que define al organismo como un foco unitario de acción experiencia que emana de la acción combinada de los organismos de nivel inferior (en el caso del hombre y los otros animales, células) que constituyen su soma.

Lo que llamamos enfermedad es el modo que tiene este organismo de adaptarse a alteraciones del medio externo o de la acción combinada de los organismos de nivel inferior que ponen en peligro su existencia.

Los medios que utilizamos para actuar sobre el organismo enfermo (el veneno,

el cuchillo o la palabra) han de ser, pues, congruentes con la naturaleza de esa doble interacción que define (que es) el organismo.

El organismo humano es un organismo animal que emana de la acción conjunta de las células que constituyen su soma y que como todo organismo animal, actúa sobre su medio a través de acciones mecánicas. Tiene la particularidad de estar, por utilizar el término acuñado por Cordón, *trabado por la palabra*, de modo, que, a partir de un momento en la filogénesis, el lenguaje se ha convertido en mediador inexcusable de esa relación con el medio (Cordón 1981).

Por ello, la elección de las narrativas como marco desde el que abordar el tema de la psicoterapia en particular y el de los trastornos mentales en general no es arbitraria. Responde a una concepción de tal actividad y de tales trastornos que tiene que ver con una concepción general del ser humano. Y, por cierto, con una concepción que no se presenta como alternativa a una concepción biológica, sino, al revés, como resultado de una preocupación sobre la naturaleza del organismo y, por tanto, de la acción y experiencia de ese animal particular que es el hombre. Lo que ocurre es que nos hemos acostumbrado a llamar abusivamente biología al estudio bioquímico de las sustancias de deshecho de los seres vivos y no a una disciplina que intente dar cuenta de la naturaleza de estos.

Una de las teorías sobre el origen del lenguaje (y del hombre) nos retrotrae a la existencia de una manada de monos que se ve obligada a abandonar la vida segura en los árboles para buscar alimentos en el suelo de la sabana (Cordón, 1979, 1981). La alta hierba que cubre este suelo condiciona dos fenómenos. En primer lugar, la postura erguida, procurando elevar la vista por encima de la hierba. De este modo los miembros de la horda podrían, por un lado, mantener contacto visual y, así, preservar la cohesión del grupo necesaria para la supervivencia de un animal gregario; además esto les permitirá avistar la posible aproximación de algún depredador. Tendrá además un tercer efecto: liberar las extremidades anteriores (ahora superiores) de sus funciones en la deambulación y permitir su empleo en el manejo de útiles para la recolección (y, más tarde, en la preparación) de alimentos.

Los dos primeros de estos objetivos (mantener el contacto entre los integrantes de la horda y alertar de la presencia de peligros u otros acontecimientos importantes) serán abordados, a la vez, por un segundo mecanismo. El grupo, a diferencia del de sus antecesores arbóreos, deberá moverse silenciosamente para no atraer la atención de posibles depredadores que, aquí en el suelo, podrían alcanzarlos. La emisión ocasional de sonidos significativos a través del aparato fonador de los integrantes del grupo permitirá también alertar a cada individuo ante posibles alejamientos del grupo cuando la vegetación impida el contacto visual o cuando la vista haya de ser empleada en la búsqueda de alimentos, y se convertirá en un instrumento clave para conseguir la cohesión grupal. La posibilidad de emitir sonidos diferenciables permitirá que éstos se conviertan no solo en un instrumento de localización de los miembros del grupo, sino que además informen a éste de la incidencia de aconte-

cimientos relevantes. Un tipo de sonido alertará, por ejemplo, de que ha sido avistado un depredador u otro peligro, y otro de que ha sido descubierto una fuente importante de alimentos. Los sonidos se convierten, así, en significantes de tales situaciones.

Estos sonidos evocan en los individuos del grupo las respuestas emocionales y comportamentales correspondientes a la percepción de un estímulo al que, en realidad no han accedido directamente.

La progresiva diferenciación de la gama de sonidos emitibles y reconocibles por la horda llegará a convertirlos en significantes por un lado de seres (león, fieras...) y por otro de procesos (correr, comer, caer, arder...). Seres y procesos podrán en lo sucesivo ser evocados y relacionados entre sí independientemente de que estén presentes o no en un momento dado.

Este proceso, que culminará —en el medio protegido que el manejo del fuego proporcionará al homínido— con el inicio del lenguaje propiamente dicho, tiene consecuencias importantes. En primer lugar la relación con el medio animal en el que se desenvuelve la vida de cada uno de los integrantes del grupo se va a dar inevitablemente, a partir de entonces, a través de un instrumento generado en la interacción entre los miembros del grupo -el lenguaje- que lo hace aprehensible -y manejable- en términos de seres y procesos. Al contacto con el ambiente no mediado por el lenguaje (no socializado por tanto) pertenecen las excepcionalísimas experiencias de lo innombrable (lo que algunos llaman lo real o lo siniestro, a lo que se refieren escritos como los de Lovecraft), o lo que sufren los paciente psicóticos.

En segundo lugar, esta necesidad de “completitud” del lenguaje obligará a articular algunas categorías de seres particulares como los que se designan con los pronombres personales (yo, tú, él o ella...). La necesidad de reconocer un yo, origen de acción y experiencia, referible como un tú o un él e integrable en un nosotros, vosotros, o ellos por el resto de los miembros del grupo, es decir, la constitución, como efecto del lenguaje -o sea, de un fenómeno social- de un sujeto propiamente humano, abrirá un mundo de posibilidades y de problemas. Buena parte de los fenómenos que atendemos en la clínica pueden entenderse como fracasos en este proceso de constitución o como delimitaciones ineficientes, por no compartidas con las del resto del grupo (como sucede por ejemplo con los que llamamos alteraciones de los límites del yo o con las atribuciones de intencionalidad que hacen sobre otros algunos pacientes delirantes).

El lenguaje se convierte en un instrumento de cooperación que permite anticipar situaciones y hacer colectivamente proyectos que permiten un dominio y una capacidad hasta entonces desconocida de transformar el medio, (que no por ese motivo deja de ser un medio animal sobre el que un organismo animal, que surge de, y guía, la acción concertada de organismos celulares, actúa para procurarse alimento mediante movimientos mecánicos: el habla se produce mediante el movimiento de un conjunto de músculos y se percibe por la acción mecánica de una

vibración sobre unos órganos de los sentidos).

Lo que de esto es relevante para lo que aquí estamos tratando es que el ser humano, desde que lo es, accede a su realidad a través del lenguaje. De algún modo la vive contándose, haciendo –decimos- que las cosas cobren sentido para él o ella. El desarrollo de este proceso a nivel ontológico ha sido estudiado por autores como Vigostky e intuitivamente utilizado en psicoterapia por psicólogos como Meichenbaum antes de que los neurobiólogos (Maturana y Varela, 1984; Maturana 1995; Damasio, 1994) pasaran a ofrecernos nuevos datos que diversos psicoterapeutas (Siegel 1999, Fonagy Vergel & Target, 2004) han volcado en la clínica. La realidad que vive el paciente es la que él mismo se cuenta sobre los elementos del medio con los que se relaciona. Por supuesto, la historia resultante depende de cuales son estos elementos (no estamos proponiendo una óptica solipsista). Pero, al menos algunos de estos elementos pueden ser, en función de esta historia (de esa narrativa), vividos, por ejemplo, bien como amenazantes, bien como objetos de curiosidad o bien como estímulos para la acción, y pueden producir bien miedo, bien asco o bien solidaridad. Lo que llamamos “yo” y lo que consideramos “otros” son también elementos de nuestro medio a los que nos acercamos a través de esas historias que nos contamos y que, de algún modo, somos.

Lo que llamamos trastornos mentales son narrativas que producen sufrimiento evitable (como sucede con lo que en su momento se llamaron trastornos neuróticos) o evocan mundos no compartibles con los del resto de los miembros de la comunidad y que impiden, por tanto las actividades de cooperación o enfrentan al sujeto con el resto de sus integrantes (como sucede con lo que llamamos trastornos psicóticos).

Quizás convenga aclarar aquí que esta naturaleza es lo que convierte en “mentales” a los “trastornos mentales”. Lo “mental” (lo “narrativo”) se refiere al escenario, no a la causa. La causa de un *delirium* puede ser una intoxicación, una privación de una sustancia o una infección. Y su tratamiento consiste en actuar sobre la causa o sobre los mecanismos por los que ésta actúa. Pero el *delirium* consiste en que el sujeto vive una historia no compartida. Tiene una naturaleza narrativa.

La psiquiatría pretende una intervención sobre estas narrativas “indeseables” para la generación de narrativas alternativas a través de un proceso de comunicación interpersonal (en el caso de la psicoterapia) o de otros medios de actuación sobre el organismo (como en el caso de las terapias que pretendemos distinguir de ésta con el epíteto de *biológicas*, sin reparar en que podrá haber pocas intervenciones más biológicas que la psicoterapia).

La perspectiva ontogenética

Como planteaba hace casi medio siglo Faustino Cordón (Cordón 1966) “los psiquiatras, como los demás médicos, no tratan enfermedades, sino organismos

enfermos. Fundamental para tratar un organismo enfermo es conocerlo; pero también un modo esencial de conocerlo es entender cómo se trastorna”. Cordón nos propone una definición de organismo que es por naturaleza, relacional: “Definiremos como organismo a todo ser de naturaleza unitaria, esto es definido por un modo integrado de acción que lo mantiene en constante interacción con su medio:

En palabras de Cordón (1966): “...hay dos modos esenciales de conocer un organismo: a) entender cómo se mantiene su actividad y b) entender cómo se sale de su actividad regular (cuáles son los límites de mantenimiento de su equilibrio). El primer método remite forzosamente a la comprensión del medio de un organismo y de la relación de tal organismo con su medio; el segundo a la comprensión del conjunto de un organismo y su medio como culminación de la evolución conjunta de organismos de un nivel inferior y sus medios correspondientes” (En el caso del hombre las células y muy especialmente las neuronas). Como veremos el trabajo de los neurobiólogos y los psicólogos evolutivos en la última década ha permitido importantes avances en ambas estrategias complementarias y, además, se han producido importantes confluencias en el trabajo de ambos. Avances que de algún modo han venido a confirmar la intuición de Cordón según la cual “los animales heredan una organización nerviosa de una cierta complejidad y un medio determinado cuya riqueza conviene con dicha complejidad: La vida del animal es un juego incesante entre él y su medio”. Particular trascendencia en este juego tiene el hecho de “que el animal perciba, no sólo el medio, sino el resultado de su acción sobre el medio, gracias a lo cual el animal guía su conducta por su experiencia. Esta facultad -decía Cordón (1966)- es la que, transformada cualitativamente a nuestro nivel se traducirá (con la integración del medio humano) en la conciencia de nuestros yoos humanos”.

La enfermedad (y, por tanto, lo que consideramos trastornos mentales), según este modo de ver las cosas, podría tener dos tipos de causa primaria: El primero estaría provocado por procesos ambientales que inciden sobre la actividad de las células que integran el soma animal alterando al organismo animal, por así decirlo *de abajo a arriba*. El segundo sería “el de las provocadas cuando se trastorna la relación que guardan los procesos ambientales cuya coordinación (estereotipia externa) mantiene la coordinación interna de funciones sobre las que se sostiene la actividad animal en estado de salud (estereotipia interna) ya que “...de hecho, la coordinación de los procesos ambientales de este tipo (cuyo conjunto orgánico puede definirse como medio de un animal o del hombre) es lo que determina la experiencia integrada del animal, conforme a la cual la actividad animal regula (gobernando las actividades neuromusculares) todos los procesos internos para conseguir la conducta general adecuada a cada situación”, de modo que “...en consecuencia, la coordinación de respuestas interiores deja de ser la adecuada a las condiciones exteriores, lo que supone desajustes de algunas células con sus medios y, como efecto secundario, lesiones de células de un determinado órgano”. Estos

desajustes pueden actuar como las enfermedades de primer tipo provocando círculos viciosos. A esto podríamos llamar trastornos *de arriba abajo*.

En la última década este modo de ver las cosas ha recibido un importante apoyo de datos procedentes de la investigación en dos campos: por un lado neurocientíficos como, Damasio (1994), Panksepp (1998) LeDoux (1996) o Schore (1994, 2003), en una línea que ya fue inaugurada años antes por Maturana y Varela (1994), han intentado aprehender, a través del estudio tanto del funcionamiento normal como del enfermo, los sustratos neuroanatómicos y neurofisiológicos de fenómenos como las emociones, el pensamiento, la conciencia, reintroduciendo en el campo del pensamiento científico algunos de los temas clásicos de la psicología que habían sido en muy buena medida ignorados hasta por los psicólogos de los años duros del conductismo y la primera revolución cognitiva. Por otro desde el estudio del desarrollo infantil, los teóricos del apego (Ainsworth, Blehart, Waters y Wall, 1978; Main M, 1999; Crittenden, 2002) han retomado también con una nueva perspectiva y nuevo fundamento empírico, algunos de los temas clásicos de la psicología evolutiva y han resignificado los trabajos de psicólogos evolutivos de la etapa anterior como Vigotsky (1978) o Wallon (1987). Curiosamente los trabajos de unos y otros han llegado a los clínicos a través de la obra de psicoanalistas (Sieguel, 1999; Fonagy, Gergely & Target, 2004) que los han puesto en juego en su práctica asistencial.

Así, este renovado interés por los estudios experimentales sobre el desarrollo humano, con los datos concluyentes procedentes del mejor conocimiento del desarrollo y del funcionamiento del sistema nervioso central y las características de las funciones mentales a las que sirven de soporte, ha abierto nuevas vías de consideración de algunos de los fenómenos de antiguo puestos de manifiesto por la práctica de la psicoterapia (como los fenómenos transferenciales) y, más allá, de la naturaleza misma de la psicoterapia y de los trastornos abordables con ella, amén de las interacciones entre una y otros.

Los estudios sobre las relaciones de apego y sobre la capacidad de predecir las formas de apego que desarrollará un adulto con su hijo aún por nacer, a partir de su relación con su propia historia de apego detectada a través del AAI (Ainsworth, Blehart, Waters y Wall, 1978; Main M, 1999; Crittenden, 2002), han puesto de manifiesto la naturaleza interpersonal de los procesos que guían por un lado la construcción de la identidad y de los esquemas mentales que van a regular en un futuro las relaciones entre el self que así se constituye, y los posibles otros con los que discurrirá su vida. Y han abierto, a la vez, por otro lado, la vía para entender por qué una nueva experiencia de relación interpersonal puede modificar los problemas en estas relaciones que, en definitiva, constituyen la materia sobre la que los clínicos trabajamos.

El niño construye su sentido de sí mismo a través de la interacción con su cuidador adulto, en la medida, y según las condiciones, en las que éste es capaz de

atribuirle estados mentales que potencia o calma a través de su interacción con él o ella. Como resultado de esta misma operación y -diríamos que con los mismos materiales- el niño deviene capaz también de suponer en su cuidador otro, al que también supone estados mentales y con el que tenderá a interactuar según los modelos aprendidos en esta experiencia (con expectativas que, en ese entorno, han resultado sostenibles y con estrategias que han resultado útiles para lograr la regulación de sus afectos).

La capacidad de que hoy disponemos de establecer paralelismos entre este desarrollo de las funciones mentales y el desarrollo de las estructuras y funciones del sistema nervioso central, ha hecho posible explicar cómo este “aprendizaje” se da y se mantiene a través de mecanismos que no son necesariamente accesibles a la conciencia sino que constituyen lo que se conoce como *memoria implícita* que, hoy, sabemos que puede desarrollarse y mantenerse indemne sin la participación de las estructuras cerebrales responsables de la memoria declarativa o el pensamiento consciente.

Damasio (1994), a través de la hipótesis del *marcador somático*, nos ofrece un magnífico modelo de cómo se articulan estas configuraciones y cómo predisponen a la acción y condicionan la respuesta a determinadas configuraciones estímulares de forma automática, sin concurso previo de la conciencia.

Estos conocimientos proporcionan una nueva perspectiva -y confieren un nuevo valor- a algunos de los conceptos propuestos por los psicoterapeutas del siglo veinte para organizar y explicar su práctica clínica, y ofrecen también una nueva vía para explicar cómo contribuyen al cambio en psicoterapia.

Mardi Horowitz (1988, 1997), por ejemplo propuso hace ya mucho años que los modos de relación problemáticos con que los pacientes acuden a consulta resultan de la activación, en determinadas circunstancias, de algunos de los *modelos de relación de roles* que, como producto de sus relaciones tempranas, constituyen el repertorio modelos de relación de cada sujeto, de modo que en cada circunstancia, uno de ellos pasa a constituirse en *modelo de trabajo*, y a guiar las interacciones de este sujeto con quien, en esa circunstancia, actúa como otro. Lo que de algún modo había ya sido prefigurado por Bolwy quien la lo puso en relación con las relaciones de apego. La hipótesis de que aquello a lo que Horowitz se refiere a partir de la observación clínica se corresponde con lo que de algún modo había propuesto Bolwy como producto de las relaciones de apego, y tiene a la vez que ver con la forma en la que se produce el desarrollo del sistema nervioso central en relación con el ambiente abre perspectivas prometedoras (Siegel 1999). Los mismísimos fenómenos transferenciales (y su importancia en psicoterapia) podrían explicarse por esta misma vía.

Los mismos estudios sobre el desarrollo confieren también al lenguaje y a la actividad narrativa que éste hace posible, el papel central en la conformación de los aspectos más específicamente humanos de la conciencia del yo, los otros y la

relación entre ambos y nos ofrecen algunas claves para entender (ora en términos *psicológicos* ora como consecuencia del modo en el que se desarrolla y estructura el sistema nervioso central) algunos de los fenómenos observados en la clínica, como la disociación o las consecuencias de las experiencias traumáticas.

En definitiva, estas nuevas aportaciones al conocimiento del desarrollo y funcionamiento de la mente y del organismo humano (en el que juega un papel muy importante, pero no exclusivo, el sistema nervioso central) abren una ventana al modo en el que el ambiente configura y es configurado por el desarrollo ontogenético.

Se produce, así, un reencuentro (que hace poco parecía improbable) entre los estudiosos del ambiente y los del soma, que, en definitiva, han llegado a confluír en el terreno de un organismo que sólo puede definirse por su relación con el medio (En el caso del ser humano, un medio animal complejo, *trabado por la palabra* que ha abierto un sinfín de posibilidades).

Tal confluencia no podía dejar de tener consecuencias sobre el concepto mismo de *enfermedad* (o de *trastorno* o *problema*) y sobre la definición misma de la Psicopatología.

Además, la irrupción de estas nuevas concepciones, se da en el contexto del derrumbe, no sólo de los sistemas nosológicos a los que hacíamos referencia en un apartado anterior, sino, también, de algunos hipotéticos sustentos que éstos hubieran podido encontrar en el trabajo de los biólogos, que, muy frecuentemente, han llegado a los médicos y psicólogos sólo en la versión mítica en la que se presentan al gran público, o en la visión muy fragmentaria que proporciona la colaboración específica entre ambos para resolver problemas instrumentales.

La decodificación del genoma humano ha sido, sin duda, un importante avance de los biólogos y abrirá posibilidades de tratamiento, hasta hace poco insospechadas, para algunas enfermedades. Pero su comparación con otros genomas paralelamente descodificados (de la mosca del vinagre al chimpancé), hace insostenible la ilusión, que no hace mucho hay quien proclamaba sin vergüenza, de que, de algún modo, aquella cinta de ADN contenía el destino del organismo que surgía de la acción conjunta las células que la formaban. En un magnífico artículo publicado en 2005, Kendler (2005) critica algunos de estos mitos que los médicos en general y los psiquiatras y psicólogos clínicos en particular, hemos asumido acerca de la genética y, resituando en su lugar los conocimientos adquiridos en los últimos años, nos invita a volver los ojos al ambiente y, sobre todo a la relación compleja y bidireccional entre ambos.

No es que aún no sepamos cuál es el gen de la esquizofrenia. Es que ya sabemos no sólo que no hay un gen de la esquizofrenia, sino que si queremos entender el papel de lo genético en la vida en general y en el enfermar en particular, tendremos que abandonar la óptica que Kendler llama *preformacionista* y construir modelos complejos que permitan dar cuenta de la interrelación de lo heredado con el ambiente (o, mejor, con el medio). Kendler nos plantea que quizás tenga más sentido

buscar un gen para algo como la *búsqueda de novedad* o la *evitación del daño* y rastrear la interacción de estos rasgos con los posibles ambientes en los que se pueda producir el desarrollo, que para una entidad como la esquizofrenia.

Los estudios de primates han proporcionado un modelo animal para trastorno *borderline* de la personalidad. En un artículo de 2005, sobre trastornos de la personalidad, el psicoanalista Glen Gabbard (2005) nos resume algunos experimentos llevados a cabo con macacos Rhesus (Gabbard, 2005). Los estudios de primates han proporcionado un modelo animal para el trastorno *borderline* de la personalidad. Entre un 5 un 10% de los macacos *rhesus* son propensos a la realización de piruetas peligrosas en las que se dañan gravemente y exhiben desde antes de la pubertad conductas socialmente inadmisibles por la manada que les llevan a maltratar a los monos más débiles y arriesgarse imprudentemente con los más fuertes. La presencia de este tipo de comportamientos parece estar en relación con el metabolismo de la serotonina. Se ha detectado una relación inversa entre las medidas del metabolito ácido 5-hidroxiindolacético (nos referiremos a él, como a los otros, por sus siglas en inglés: 5-HIAA) en líquido cefalorraquídeo, y la propensión a estas conductas impulsivas. Sin embargo la propensión heredada parece modificarse con las experiencias de apego: los monos criados por madres muestran consistentemente una concentración más alta de 5-HIAA que los que se han creado entre coetáneos. El gen del transportador de la serotonina (5-HTT) presenta variaciones en su región promotora que dan lugar a dos alelos diferentes. El alelo corto confiere una menor eficiencia para la transcripción a esta región promotora, lo que se podría traducir en una disminución de la función serotoninérgica. Sin embargo, lo que Bennett y colaboradores (Bennett 2002) han encontrado es que los monos con el alelo corto no presentan diferencias en su concentración de 5-HIAA con los del alelo largo si han sido criados por madres, mientras sí lo hacen si han sido criados por coetáneos. Paralelamente, los macacos con alelo corto exhiben muchas más conductas agresivas que los del alelo largo si han sido criados por coetáneos y esta diferencia no existe entre los criados por madres, que tienen ambos el mismo nivel de agresividad que los criados por coetáneos con alelo largo.

Aún más llamativos son los resultados de un experimento en el que se pone al alcance de los monos una bebida alcohólica. De los monos criados por coetáneos, los monos con el alelo corto muestran una mayor propensión que los otros a consumir mayores cantidades de alcohol. Sin embargo entre los criados por madres, los monos del alelo largo consumen más alcohol que los del alelo corto, lo que parece que pondría de manifiesto que el alelo corto del gen del HTT podría determinar la presencia de patología en los monos con una experiencia de crianza subóptima mientras que podría ser adaptativo en monos con una crianza segura.

Gabbard (2005) señala la importancia de estos hallazgos para la psicoterapia, ya que esta podría entenderse como una de las experiencias que modifican la expresión de los genes en la acción humana. Como la Psiquiatría podría entenderse

como el manejo de otros procedimientos para actuar sobre esa misma interacción. Algo muy diferente de lo que imaginó Pinel

CONCLUSIONES MUY PROVISIONALES

1. Los complejos sistemas nosográficos construidos en la segunda mitad del siglo veinte con el propósito -entre otros- de servir de base para buscar tratamientos progresivamente más específicos para trastornos mejor definidos han fracasado en este objetivo (Y también en otros, como el de permitir predecir gastos)
2. Los recientes hallazgos sobre el origen (tanto filogenético como ontogenético) y la naturaleza del animal humano, permiten entender, en función de éstos, algunos hallazgos de los clínicos y, además, explicar el mecanismo de acción de muchas de las intervenciones consagradas en la práctica clínica
3. La Psicoterapia no es una ciencia (como no lo son la Medicina, ni la Arquitectura) porque su fin no es producir conocimiento, sino proporcionar un bien valorado socialmente, pero sí puede y debe buscar una base científica (Además de poder proporcionar observaciones que hagan avanzar la ciencia)
4. La ciencia de referencia para la Psicoterapia (y para la Medicina) habrá de ser aquella que tenga como objeto el estudio del organismo humano, teniendo en cuenta
 - Que este organismo sólo puede ser entendido como *relación*, que no es sino un foco unitario de acción y experiencia sobre el campo físico que constituye su medio
 - Que este organismo sólo puede ser concebido como miembro de una especie que resulta del proceso por el que los seres vivos evolucionan conjuntamente con su medio
 - Que, como organismo individual, surge de la acción combinada de los organismos de nivel inferior (en el caso de los animales, como el hombre, de células) que, a su vez, se nutren gracias a la acción del organismo de nivel superior
 - Que el organismo individual resulta de un proceso de desarrollo que se produce como resultado de la interacción con un medio que es un medio interpersonal
 - Que las experiencias tenidas por este organismo a lo largo de su desarrollo ontogenético modifican la expresión conductual de los determinantes genéticos.
5. La psicoterapia puede concebirse como una de estas experiencias que modifican la expresión de los determinantes genéticos y el efecto que sobre ellos y sobre la conducta futura tienen las experiencias anteriores.
6. Una psicopatología capaz de proporcionar una guía para las actuaciones de los clínicos (una verdadera (psico(pato)logía) debería partir de la consideración de la pasada interacción entre los factores genéticos y la experiencia para permitir

precisar la naturaleza de las experiencias psicoterapéuticas capaces de modificar su efecto

Este artículo revisa el modo en el que el concepto de enfermedad mental propuesto por Philippe Pinel a comienzos del XIX ha permanecido presente en la historia de la Psiquiatría y propone frente a ella una concepción constructivista de los trastornos mentales que fundamenta la naturaleza narrativa de los mismos. Desde esa perspectiva se exploran posibles explicaciones de los trastornos y las posibles formas de actuar sobre ellos, en el desarrollo filogenético de la especie humana, y en desarrollo ontogenético haciendo hincapié en sus aspectos relacionales.

Palabras clave: *Psiquiatría, trastornos mentales, evolución, vinculación*

Referencias bibliográficas

- AINSWORTH MDS, BLEHART MC, WATERS E, & WALL S (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of strange situation*. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum
- BARSKY, A. J.; GERINGER, E.; WOOL, C. A. (1988): "A cognitive-educational training for hypochondriasis", *General Hospital Psychiatry*, 10: 322-7.
- BECK, A. T.; RUSH, A. J.; SHAW, B. F.; EMERY, G. (1979): *Cognitive Treatment of Depression: a Treatment Manual*, Nueva York, Guilford. [Trad. cast. (1983): *Terapia cognitiva de la depresión*, Bilbao, Desclee de Brouwer].
- BEITMAN, B. D.; BECK, N. C.; DEUSER, W. E.; CARTER, C. S.; DAVIDSON J. R. T.; MADDOCK, R. J. (1994): "Patient stage of change predicts outcome in a panic disorder medication trial", *Anxiety*, 1: 64-9.
- BEITMAN, B. D.; YUE, D. (1999): *Learning Psychotherapy: a Time-Efficient, Research-Based and Outcome-Measured Psychotherapy Training Program*, Nueva York, Norton.
- BENNETT, A. J., LESCH, K. P., HEILS, A., LONG, J. C., LORENZ, J. G., SHOAF, S. E. ET AL. (2002). Early experience and serotonin transporter gene variation interact to influence primate CNS function. *Mol. Psychiatry*, 7, 118-122
- BERCHERIE, P. (1980): *Les fondements de la clinique. Histoire et structure du savoir psychiatrique*, París, Navarin. [Trad. cast. (1986): *Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico*, Buenos Aires, Manantial].
- BEUTLER, L. E. (1983): *Eclectic Psychotherapy: a Systematic Approach*, Nueva York, Pergamon.
- BEUTLER, L. E.; CLARKIN, J. F. (1990): *Systematic Treatment Selection: Toward Targeted Therapeutic Interventions*, Nueva York, Brunnel/Mazzel.
- BEUTLER, L. E.; MOHR, D. C.; GRAWE, K.; ENGLE, D.; MCDONALD, R. (1991): "Looking for differential treatment effects: cross-cultural predictors of differential therapeutic efficacy", *Journal of Psychotherapy Integration*, 1: 121-42.
- CIOMPI, L. (1989): "The dynamics of complex biological-psychological systems; four fundamental psychological mediators in the long-term evolution of schizophrenia", *British Journal of Psychiatry*, 155 (Supl. 5): 15-21.
- CORDÓN F (1966): Significación de la técnica de los reflejos condicionados para entender el origen y naturaleza de la actividad animal. Colodrón A: *La medicina cortico-visceral*. Madrid: Península

- CORDÓN F (1978): *Tratado evolucionista de biología. Parte primera: origen, naturaleza y evolución de los individuos protoplásmicos*. Madrid: Alfaguara.
- CORDÓN, F. (1979): *Cocinar hizo al hombre*, Barcelona, Tusquets.
- CORDÓN, F. (1981): *La naturaleza del hombre a la luz de su origen biológico*, Barcelona, Anthropos.
- CRITTEDEN PM (2002). *Nuevas implicaciones de la teoría del apego*. Valencia: Promolibro
- DAMASIO A (1994). *Descartes' error: emotions, reason and the human brain*. New York: Grosset/Putnam
- DÖRNER, K. (1969): *Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie*, Frankfurt am Main, Eupäische Verlaganstalt. [Trad. cast. (1974): *Ciudadanos y locos*, Madrid, Taurus].
- ESQUIROL, J. E. D. (1838): *Des maladies mentales considérés sous les rapports medical, hygienique et médico-legal*, París. [Trad. cast. (1991): *Memorias sobre la locura y sus variedades*, Madrid, Dorsa].
- FAIRBURN, C. G. (1993): "Interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa", en KLERMAN, G. L.; WEISSMAN, M. M. *New Applications of Interpersonal Psychotherapy*, Washington, American Psychiatric Press, pp. 353-78.
- FAIRBURN, C. G.; JONES, R.; PEVLER, R. C.; CARR, S. J.; SOLOMON, R. A.; O'CONNOR, M. E.; BURTON, J.; HOPE, R. A. (1991): "Three psychological treatments for bulimia nervosa", *Archives of General Psychiatry*, 48: 463-9.
- FERNÁNDEZ LIRIA, A. (2001): "Una confluencia en las narrativas", en FERNÁNDEZ LIRIA, A.; RODRÍGUEZ VEGA, B. *La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas*, Bilbao, Desclée de Brouwer, pp. 49-63.
- FERNÁNDEZ LIRIA, C. (1995): "Enfermedad, familia y costumbre en el periférico de San Cristóbal de las Casas", *América Indígena LV*, (1-2): .
- FONAGY P, GERGELY G, J. E., & TARGET M (2004). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press
- FOUCAULT, M. (1964): *Histoire de la folie a l'age classique*, París, Gallimard. [Trad. cast. (1979): *Historia de la locura en la época clásica*, Madrid, Fondo de Cultura Económica].
- GABBARD, G. O. (2005). Mind, brain, and personality disorders. *Am.J.Psychiatry*, 162, 648-655
- GARNER, D. M.; GARFINKEL, P. E. (1980): "Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa", *Psychological Medicine*, 10: 647-56.
- GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. (1992): *Common Mental Disorders. A Bio-Social Model*, Londres, Routledge.
- GRACIA, D.; ESPINO, J. A. (1979): "Desarrollo histórico de la psiquiatría", en GONZÁLEZ DE RIVERA, J. L.; VELA, A. Y ARANA, J.: *Manual de Psiquiatría*, Madrid, Karpos.
- HARDING, C. M.; ZUBIN, J.; STRAUSS, J. S. (1987): "Chronicity in schizophrenia: fact, partial fact or artifact?", *Hospital and Community Psychiatry*, 38: 477-86.
- HOROWITZ, M. J. (1976): *Stress Response Syndromes*, Nueva York, Jason Aronson.
- HOROWITZ, M. J. (1988): *Introduction to Psychodynamics, a New Synthesis*, Londres, Routledge.
- HOROWITZ, M. J. (1997): *Formulation as a Basis for Psychotherapy Treatment*, Washington, American Psychiatric Press.
- HOROWITZ, M. J.; MARMAR, C.; KRUPNICK, J. ET AL. (1984): *Personality Styles and Brief Psychotherapy*, Nueva York, Basic Books.
- KAHLBAUM, L. (1863): *Die Gruppierung der psychischen Krankheiten und die Eintheilung der Seelenstörungen*, Danzig, Verlag von A. W. Kafemann. [Trad. cast. (1995): *Clasificación de las enfermedades psíquicas*, Madrid, Dorsa].
- KENDLER, K. S. (2005). "A gene for...": the nature of gene action in psychiatric disorders. *Am.J.Psychiatry*, 162, 1243-1252
- KLERMAN, G. L.; Rousanville, B.; Chevron, E.; Neu, C.; Weissman, M. M. (1984): *Interpersonal Psychotherapy of Depression (IPT)*, Nueva York, Basic Books.
- KRAEPELIN, E. (1905): *Einführung in die Psychiatrische Klinik*, 20.ª ed., Leipzig.
- LEDOUX JE (1996): *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Simon & Schuster
- LUBORSKY, L. (1984): *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy; A Manual for Supportive-Expressive Treatment*, Nueva York, Basic Books.
- LUBORSKY, L. (1996): *The Symptom-Context Method; Symptoms as Opportunities in Psychotherapy*, Washington DC, The American Psychological Association.
- LUBORSKY, L.; BARBER, J. P.; DIGUER, L. (1992): "The meanings of narratives told during psychotherapy: the fruits of a new observational unit", *Psychotherapy Research*, 2 (4): 277-90.

- LUBORSKY, L.; CHANDLER, M.; AUERBACH, A. H.; COHEN, J.; BACHRACH, H. M. (1971): "Factors influencing the outcome of psychotherapy: a review of quantitative research", *Psychological Bulletin*, 75: 145-85.
- LUBORSKY, L.; CRIST-CHRISTOPH, P. (1988): "Measures of psychoanalytic concepts; last decade of research from "The Penn Studies"", *The International Journal of Psychoanalysis*, 69: 75-86
- LUBORSKY, L.; CRIST-CHRISTOPH, P.; MINTZ, J.; AUERBACH, A. (1988): *Who will Benefit from Psychotherapy?*, Nueva York, Basic Books.
- LUBORSKY, L.; DERUBIES, R. J. (1984): "The use of psychotherapy treatment manuals: A small revolution in psychotherapy research style", *Clinical Psychology Review*, 4: 5-14.
- MAIN, M. (1999). Attachment theory: eighteen points with suggestions for future studies. In L. Ciompi & Shaver PR (Eds.), (pp. 845-887). New York: Guilford
- MATURANA, H. (1995). *La realidad: Objetiva o construida? II: Fundamentos biológicos del conocimiento*. Barcelona: Anthropos.
- MATURANA H, VARELA F. (1994): *El árbol del Conocimiento*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria
- NAGEL, E.; NEWMAN, J. R. (1958): *Gödel's Proof*. Nueva York, New York University Press.
- NEUCHTERLEIN, K. H.; DAWSON, M. E. (1984): "A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenia episodes", *Schizophrenia Bulletin*, 10: 300-12.
- OMER, H.; ALON, N. (1997): *Constructing Therapeutic Narratives*, Northvale: Jason Aronson.
- PANKSEPP, H. (1998) *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. Oxford: Oxford University Press
- PINEL, P. (1801): *Traité médico-philosophique sur l'alienation mentale, ou la manie*, París, Richard, Gaille et Ravier. [Trad. cast. (1988): *Tratado médico-filosófico de la enagenación mental o manía*, Madrid, Nieva].
- PROCHASKA, J. O. (1984): *Systems of Psychotherapy: a Transtheoretical Analysis*, Homewood (Ill), Dorsey.
- PROCHASKA, J. O. (1986): "The transtheoretical approach", en Norcross, J. C. (ed.): *Handbook of Eclectic Psychotherapy*, Nueva York, Brunel/Mazel.
- PROCHASKA, J. O.; DI CLEMENTE, C. C. (1984): *The Transtheoretical Approach: Crossing the Traditional Boundaries of Therapy*, Homewood (Ill), Dow Jones-Irwin.
- PROCHASKA, J. O.; DI CLEMENTE, C. C. (1992): "The Transtheoretical Approach", en Norcross, J. C. y Goldfried, M. R.: *Psychotherapy Integration*, Nueva York, Basic Books, pp. 330-4.
- PROCHASKA, J. O.; ROSSI, J. S.; WILCOX, N. S. (1991): "Change processes and psychotherapy outcome in integrative case research", *Journal of Psychotherapy Integration*, 1: 103-20.
- SCHORE, AN (1994). *Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development*. Hillsdale (NJ): Erlbaum
- SCHORE, AN (2003). *Affect dysregulation and disorders of the Self*. New York: Norton
- SIEGEL DJ. The developing mind (1999): How relationships and the brain interact to shape who we are. New York: Guilford
- STRICKER, G. (1997): "Are Science and Practice Commensurable?", *American Psychologist*, 52: 442-8.
- STRUPP, H. H.; BINDER, J. L. (1989): *Psychotherapy in a New Key*, Nueva York, Basic Books. [Trad. cast. (1993): *Una nueva perspectiva en psicoterapia*, Bilbao, Desclée de Brouwer].
- VIGOTSKI LS (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Cambridge (Massachusetts): The President and Fellows of Harvard College (Trad cast: El desarrollo de los procesos psicológicos superiores. Barcelona: Crítica)
- WALLON, H (1987). *Del acto al pensamiento*. Buenos Aires: Psique
- WARWICK, H. M. C.; SALKOVSKIS, P. M. (1990): "Hypochondriasis", *Behavior Research and Therapy*, 28: 105-17.
- WHITE, M.; EPSON, D. (1990): *Narrative Means to Therapeutic Ends*, Nueva York, Norton. [Trad. cast. (1993): *Medios narrativos para fines terapéuticos*, Barcelona: Paidós].
- ZUBIN, J.; STEINHAEUER, S. (1981): "How to break the logjam in schizophrenia; a look beyond genetics", *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 169: 477-94.