

CONCEPTO SUSTANTIVO Y CONCEPTO PRAGMÁTICO DE LA ENFERMEDAD MENTAL. IMPLICACIONES PARA LA REFLEXIÓN SOBRE LA CLÍNICA

Fernández A.

APROXIMACIÓN HISTÓRICA A LA SUSTANTIVIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD

El mito del origen: el Padre Jofre y Michel Foucault

Es frecuente que se refiera el fundamento de la atención psiquiátrica a la conmoción que causó al Padre Jofre 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*. Suponían el procedimiento de hacer desaparecer de la vista de los habitantes de las ciudades y de controlar a individuos molestos que en la 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 se corresponde con 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 las 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 cuyos ecos remotos – sin latigazos – aún resuenan 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.

Orígenes 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 y Espino 1979). A los jueces correspondía dictaminar sobre el comportamiento que se atenía a este principio. Para el comportamiento que se resiste a gobernarse 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 - mas 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, aún, hechos invisibles".

Si la imagen del mito originario era la del Padre Jofre 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 y 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 harían aparecer ante los de él, 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 resultas 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), 2) que tenían comportamientos extraños (manías) o 4) que estaban, sobre todo, tristes (melancolía). Pocas clasificaciones tan sabias he habido en la

historia de la psiquiatria. Philippe Pinel y sus discípulos, entre los que destaca Esquirol (1838), delimitaron el campo de la locura y la 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 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 *falacia pineliana* a la convicción de que en la Naturaleza existen realmente algo parecido a unas *entidades morbosas* y que el comportamiento y las experiencias de los enfermos mentales pueden considerarse como resultado de que, de algún modo, estas entidades se han encarnado en ellos. De ella se derivaría una *falacia de segundo orden* que consiste en suponer que el conocimiento y la delimitación de tales entidades son importantes para los psiquiatras porque les permitirá descubrir un remedio específico para cada una de ellas.

Mito de la enfermedad: Emil Kraepelin y el paradigma de la PGP.

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 este se acercara a ellas desde un modelo previo de *enfermedad*. Durante los primeros años de la historia de la psiquiatria 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 trastorno que mas 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 antes 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 mas 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 podrían identificarse enfermedades y hacer predicciones sobre su curso, y describieron con esa idea las entidades nosológicas que han articulado la historia posterior de la psiquiatria: La esquizofrenia, la psicosis maniaco-depresiva...

La psiquiatria que nace de Kahlbaum y Kraepelin asume la *falacia pineliana* 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, de un concepto complejo de enfermedad, como una entidad que se caracteriza por unos cuadros de estado, un curso, una etiología, una anatomía patológica, una patogenia, un pronóstico e, idealmente (porque también asumen la falacia pineliana de segundo orden), la respuesta a un tratamiento específico. Es más, la enfermedad pudo ser reconocida – y, a veces, tratada – aunque en un momento dado del desarrollo de la medicina, no se conozcan 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 Bönhoeffer 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 *falacia pineliana*, la intención de los clasificadores ha estado guiada, más claramente que en la primera por lo que calificábamos de *falacia 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 – para entusiasmo de la industria que los produce – sus

indicaciones, 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 de cuatro clases de psicofármacos). Aunque, quizás, 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).

UN CONEPTO PRAGMÁTICO DE LAS ENFERMEDADES O TRASTORNOS MENTALES.

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 médica) 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 de la *enfermedad en general* de 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-natural¹. La distinción entre distintas enfermedades adquiere sentido en la medida que sirve para poner en marcha distintos procedimientos y para hacer predicciones sobre cuáles serán los resultados obtenidos con estos. Los mayas saben que qué hacer y que cabe esperar que suceda con los *espantos* y qué hacer con los *males echados* o el *k'ak'al ontovil*. o *ek ti'ol* (Fernández Liria 1995). Nuestras familias y médicos saben que hacer y que 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.**

¹ Los psiquiatras haríamos bien en tomar nota de esto en este preciso momento histórico, en el que deberíamos interesarnos por cuáles son las condiciones por las que la sociedad que financia nuestro trabajo (y no los directivos de la industria sanitaria) están dispuestos a invertir.

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 aquél sujeto que padece un malestar ante el que los médicos indicarían un procedimiento de tratamiento o cuidados (Goldberg y Huxley 1992).

Si aceptamos esta hipótesis, lo lógico será construir nuestra *nosología* mirando mas a los condicionantes de la intervención que a la observación os síntomas. No es nada que no se haga en otras disciplinas médicas que han extraviado menos su rumbo que la psiquiatria. 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 que cabe esperar que suceda con él (que 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 psiquiatria sucede, hoy, exactamente lo contrario. Poseídos por la *falacia pineliana* los psiquiatras se esfuerzan por observar los síntomas esperando que estos (convenientemente pasados por el *cluster analysis*) dibujen solos 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 mas 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 (TCC) de la bulimia nervosa decidió utilizar el manual de terapia interpersonal (TIP) de Klerman (Klerman, Rousanville, Chevron, Neu y Weissman 1984) para el tratamiento de la depresión. Lo que sucedió fue que, aunque la TCC producía mejores resultados al terminar las 18 sesiones de tratamiento, los resultados a 6 y 12 meses de las pacientes que habían recibido TIP (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 Nervosa (¿No había pasado algo parecido con la Clomipramina?).

Podemos congratularnos de tales *descubrimientos*. Pero, aunque nos sirvan para atender mejor nuestros pacientes, lo que en definitiva muestran, es que en nuestro trabajo como clasificadores, hemos errado desde la base. Y ello es muy grave.

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 de presión (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, Rousanville, Chevron, Neu y Weissman 1984), a cuya orientación aluden estos prefijos, decidieron, en los finales de los 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 *neopinelliana* se está organizando para imponer, bajo la bandera de la *medicina basada en las pruebas*, a toda información que pueda llegar a sus miembros².

¿Qué hacer?

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 poner en tela de juicio algunos prejuicios bien asentados en algunas psiquiatrias *nacionales* 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 las pruebas*. Todo ello a mayor gloria de una industria farmacéutica que, gracias a este esquema, ha conseguido convertir a la *comunidad profesional* en un componente de su sección de ventas, sin reparar en que esto significa, también para ella, pan para hoy y hambre para mañana (pero: ¿A quien le preocupa el mañana cuando se trabaja a porcentaje sobre las ganancias de hoy?).

El trabajo específico de los psiquiatras y los otros profesionales de la salud mental consiste en trabajar para 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

² Esta reunión versa sobre cómo lo hará

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 cuales 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 (Warwick y Salkoskis 1990, Barsky y Geringer 1988) o los trastornos de la conducta alimentaria (Garner y 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 (1984, 1996, Luborsky, Barber, Diguer 1992, Luborsky, Chandler, Auerbach, Cohen, Bachrach 1971, Luborsky, Crist-Christoph 1988, Luborsky, Crits-Christoph, Mintz, Auerbach 1988, Luborsky, DeRubies 1984), Strupp y Binder (1989), Horowitz (1976, 1988, 1997, Horowitz, Marmar, Krupnick 1984), Beutler (1983, Beutler y Clarkin 1990, Beutler, Mohr, Grawe, Engle, McDonald 1991) o Beitman (1987, 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, Beck, Deuser, Carter, Davidson y Maddock 1994) en el que la evaluación de los estadios del cambio en los términos propuestos por Prochaska (1984, 1986, Prochaska y DiClemente 1984, 1992, Prochaska, Rossi, Wilcox 1991) 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 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).

UN COMENTARIO PERSONAL

Muchas de las ideas expuestas hasta aquí han sido defendidas con otros argumentos por historiadores de la psiquiatría o por clínicos. Su defensa ha ido generalmente ligada a la de una visión general de la psiquiatría o de los trastornos mentales y en ocasiones, del ser humano, la ciencia o el conocimiento. He preferido no hacer referencia a estas exposiciones mismas en aras de la claridad de exposición de mi argumentación. Hay sin embargo una referencia que no puedo dejar de discutir. Buena parte de las tesis defendidas en las líneas precedentes podrían encontrarse en los textos de los autores constructivistas. Las tesis constructivistas se han presentado generalmente como parte de una cosmovisión a la que se ha aplicado con frecuencia el epíteto de *postmoderna*. Me alegro de coincidir en lo expuesto con compañeros que se encuentran cómodos con esa definición o que consideran esas ideas una simple aplicación de tal

modo de ver las cosas. Son muchos y proceden de campos bien diferentes. Creo, sin embargo, que tales ideas pueden sostenerse desde otros planteamientos epistemológicos. En mi caso, desde luego, ha sido así. No comparto los planteamientos de base de las ideologías *postmodernistas*.

No niego que me hayan interesado algunas de las enseñanzas que, por ejemplo, los psicoterapeutas constructivistas dicen haber extraído de los teóricos de la postmodernidad (de Lyotard a Gadamer, pasando Derrida y Rorty o Gergen, y, por supuesto, por ciertos textos de Foucault). Pero casi siempre que he intentado recurrir a las fuentes me he encontrado decepcionado, obligado a comulgar con alguna que otra rueda de molino y exigido a realizar un esfuerzo que, a la larga, no me parecía ni rentable ni necesario. En algunos momentos me ha dado vergüenza confesar esto. Me ayudó a adoptar la postura que mi hermano Carlos (Fernández Liria 2000) me brindara el fragmento de la entrevista realizada a Noam Chomsky por Heinz Dieterich, que no me puedo resistir a transcribir a continuación.

- *¿Cual es tu opinión sobre el postmodernismo?*
- *Creo que es parte de la manera en la que la comunidad intelectual realiza su trabajo de marginar y confundir a la gente. No quiero decir que no tenga ningún sentido, pero diría que algo como el 90% es una delusión total. Y esto es muy útil. Mantiene los puestos de trabajo de los intelectuales, etc... Para mí es realmente difícil comentarlo, porque la mayor parte ni siquiera lo entiendo. No creo ser más tonto que una persona normal, porque puedo entender otras cosas difíciles. Pero cuando miro estas cositas (stuff), se me saltan los ojos (my eyes glaze over). ¿De que están hablando? Y cuando entiendo de qué están hablando – que sucede raras veces – entonces se trata de verdades evidentes (truism), por ejemplo: que no existen últimos principios del conocimiento – que ha sido obvio desde hace 300 años -; o es simplemente non sense, idioteces: por ejemplo, que no hay realidad sino sólo textos. Si hay otra cosa que idioteces y trivialidades yo no las he encontrado. Pero es muy útil. Intimida a la gente joven. Es bueno para hacer carrera y te permite tener una pose de ser más radical que los otros, mientras básicamente te sustraes de cualquier forma de lucha. Hay gente seria y buena involucrada en esto, pero como una opinión general, me parece que no es falso lo que te digo.*
- *¿Tú has escrito algo sobre esto?*
- *Sólo cuando me arrastran a ello. He estado bajo mucha presión de discutir estos tópicos porque han causado una gran histeria entre la izquierda. Participé alguna vez en un intercambio sobre racionalidad y postmodernismo. Pero procuro no perder mi tiempo en estas cosas.
(Chomsky N, Dieterich. H.Hablemos de terrorismo. Pamplona: Txalaparta 1998 pp 137-138)*

También podría aplicarse a esto lo que Claude Levy Strauss decía en otra entrevista sobre su amigo Jacques Lacan:

- *¿Y que opina de sus trabajos?*
- *Primero habría que comprenderlos. Y siempre he tenido la impresión de que para sus fervientes admiradores, “comprender” no quería decir lo mismo que para mí. Yo habría necesitado 5 o 6 lecturas. A veces hablábamos de ello*

Merleau Ponty y yo. Y siempre llegabamos a la conclusión de que no teníamos tiempo.

- *Sin embargo, Usted le ha citado*
- *Una sola vez creo, Y sólo por amistad*
(Levy Strauss C. *De prés et de loin. Paris Editions Odile Jacob 1988. (Trad cast: De cerca y de lejos Madrid: Alianza 1990 p 104)*)

O, mas claro:

- *En la antropología contemporánea han surgido otras corrientes y se habla ahora del deconstructivismo... ¿Que piensa usted de las contribuciones de Derridá?*
- *No le comprendo. Su manera de escribir o de pensar me son extrañas*
(Levy Strauss. *Entrevista realizada en 1990 con El Mundo Magaña. La Jornada 17 de Enero de 1992. Mexico DC)*)

La coincidencia con los autores *postmodernos* radica por un lado en la crítica al concepto sustantivo de la enfermedad y, por otro en la naturaleza narrativa de la actividad psiquiátrica (al menos, directamente, de la psicoterapéutica) y de los trastornos mentales. En esto han coincidido autores provenientes de campos muy diferentes, como el psicoanálisis (Gill 1982, Luborsky, Barber y Diger 1992, Schafer 1976 1983, Spence 1982), la terapia cognitiva (Gonçalves 1994, Guidano 1991), la experiencial (Greenberg, Rice y Elliot 1993) o la sistémica (Efran 1990, Hoffman 1987, 1990, Linares 1996, McNamee y Jergen 1992, Sluzski 1992, White y Epton 1990), o aquellos terapeutas integradores a quienes la óptica de las narrativas ha servido como metateoría capaz de integrar aportes provenientes de diversas teorías. (Gold 1996, Omer and Alon, 1997). Y lo han hecho con planteamientos epistemológicos y filosóficos también muy diversos.

Ni realismo ingenuo ni pensamiento postmoderno

Estoy convencido de que el realismo ingenuo constituye un obstáculo para la reflexión sobre casi cualquier práctica en la que pueda embarcarse el ser humano. En realidad rara vez en la historia del pensamiento ha sido defendida seriamente la idea de que existe una realidad exterior a la que podemos acceder directamente a través de nuestros sentidos o sus prolongaciones (entre las que se podría contar la actividad científica) en una suerte de *conocimiento verdadero*, definitivo. La *teoría del conocimiento*, desde los griegos hasta la fecha, ha consistido precisamente en explicar que esto no es así. Y ha consistido, también en buena medida, en explicar cómo el sujeto que conoce y la actividad misma de conocer están implicadas en el conocimiento. Por citar un autor que no suele ser considerado postmoderno y que tiene una influencia importante en mi modo de ver el mundo, Karl Marx en la primera de sus *Tesis sobre Feuerbach* (1845) dice que

...El fallo fundamental de todo el materialismo precedente - incluido el de Feuerbach - reside en que sólo concibe las cosas, la realidad, lo sensible, bajo la forma del objeto o de la intuición, pero no como actividad humana concreta, como práctica, no de un modo subjetivo. (...)

Karl Marx, como decía, no suele ser considerado un pensador *postmoderno*. Más bien representa, para buena parte de los que se reclaman de este título, la quintaesencia de los buscadores de grandes sistemas de pensamiento y de los teóricos que pudiéramos llamar *epistemológicamente duros*. Probablemente el materialismo (histórico) del que

Marx se reclama en la cita, escandalizaría a muchos de esos autores. Y sin embargo, en la cita, Marx critica a ese *materialismo precedente* (al suyo) al que achaca la ingenuidad de *concebir las cosas, la realidad, lo sensible* como un *objeto* (algo que está ahí afuera esperando que nos acerquemos), o como algo que sería *intuible*. Lo que Marx reclama en la tesis es una concepción de *las cosas, de la realidad, de lo sensible*, como *actividad humana concreta, como práctica*. Aboga, explícitamente, por una concepción *subjetiva* de *las cosas, de la realidad, de lo sensible*. Propone, en definitiva, una teoría en la que el mundo sólo puede ser concebido en términos de la actividad humana en la que se produce dicha concepción.

El pensamiento de Marx es un pensamiento que tiene en común con el que necesitaríamos como psicoterapeutas el hecho de pretender servir para guiar una práctica. En la segunda Tesis sobre Feuerbach, Marx establece, además, que es la práctica (la actividad humana) lo que, en último término, puede argüirse como criterio de verdad:

*El problema de si puede atribuirse al pensamiento humano una verdad objetiva no es un problema teórico, sino un problema **práctico**. Es en la práctica donde el hombre debe demostrar la verdad, es decir la realidad y el poder, la terrenalidad de su pensamiento. La disputa en torno a la realidad o irrealidad del pensamiento - aislado de la práctica - es un problema puramente **escolástico***

Lo que me parece que, hoy, está operando como un auténtico obstáculo epistemológico en los intentos de reflexionar sobre la psiquiatría no es ya el realismo ingenuo que, efectivamente, podía rastrearse en algunas teorías psicológicas que nacieron muy impregnadas de positivismo (y que, hoy, generalmente, han evolucionado). Lo que sigue operando aún como un obstáculo es el intento de aplicar mecánicamente a la práctica de la psiquiatría las teorías y los principios que los filósofos de la ciencia han propuesto para pensar la actividad científica. Y muy especialmente el uso que, como consecuencia de tal aplicación, se hace del concepto de **verdad**. Los autores favoritos de la postmodernidad se han esmerado en la crítica al realismo ingenuo. Pero a la vez, aunque ellos repudian ese uso del concepto de verdad, son responsables de esa aplicación abusiva de los principios y leyes de la actividad científica a la tecnología en general y a la medicina, la psiquiatría y la psicoterapia en particular.

Ciencia y tecnología

La psiquiatría no es una ciencia. Pero no es que no sea aún una ciencia, o que sea una ciencia joven o en estadio aún preparadigmático, porque le falte aún algo para alcanzar tal grado de perfección. La psiquiatría no es una ciencia porque el objeto de la ciencia es producir conocimiento y el de la psiquiatría (como el de la medicina o el de la arquitectura) no. El objeto de la psiquiatría es producir un bien valorado socialmente: la salud mental. Del mismo modo que el objeto de la medicina es producir salud y el de la arquitectura producir edificios. La psiquiatría, la medicina y la arquitectura no son ciencias, son tecnologías porque su objeto es producir bienes, no generar conocimiento. Por eso el criterio para evaluar la psiquiatría es un criterio de utilidad, no un criterio de verdad. Por eso la aplicación a la psiquiatría de los principios de la filosofía de la ciencia (sean

descriptivos como los de la periodización – periodos preparadigmático, de ciencia normal y revolución científica - de Kuhn o normativos como los de Popper - el de falsación de hipótesis, por ejemplo) no puede tener mas entidad que la de la metáfora. No todas las actividades humanas encaminadas a producir bienes socialmente valorados tienen la misma naturaleza que la tecnología. El cuadro 1 expone algunas características de distintas actividades humanas que se organizan según principios diferentes y que conviene no confundir. En el se distingue a los profesionales que practican diversas tecnologías (psiquiatría, arquitectura ingeniería), que han desarrollado procedimientos de formación y acreditación específicos para ello y que intentan explicar y transformar su práctica a la luz de los conocimientos científicos, de las de otros agentes sociales que también persiguen la producción de bienes pero guían su actividad por la tradición o justifican el acceso a su condición a través de argumentos mágicos.

Pensamiento crítico

Sin embargo el único motivo para traer a Marx a un texto sobre epistemología no es su consideración del carácter subjetivo de la realidad, ni el papel otorgado a la actividad humana en la generación del conocimiento. Si algo caracterizó a Marx (como a Freud o a Nietzsche) como pensador fue su negativa a aceptar que la versión de las cosas que se nos ofrece como evidente, agota la naturaleza de las cosas. Marx (como Freud o Nietzsche) nos invita a pensar las cosas. Y para pensarlas Marx enmarcó las cosas que pensó (la sociedad que le tocó vivir) en una historia que las convertía en algo sobre lo que los hombres podían actuar. Marx, Freud o Nietzsche son exponentes de lo que podríamos llamar un pensamiento crítico que consideramos debe estar en la base de cualquier reflexión que pretenda guiar una práctica humana (como la psiquiatría). El pensamiento crítico lo es porque cuestiona lo que se presenta como evidente. Aunque el conocimiento no sea el objetivo de la psiquiatría, la acción de conocer es de importancia para los psiquiatras. Por un lado porque necesitamos conocer cosas (sobre los trastornos, sobre nuestros pacientes, sobre nuestros instrumentos de intervención) para poder hacer nuestro trabajo. Por otro porque el conocimiento en sí es (para nuestros pacientes) un instrumento de cambio de primera magnitud. Por eso nos interesa reflexionar sobre el acto de conocer.

Un error que cometemos frecuentemente a la hora de reflexionar sobre nuestra actividad teórica consistente en imaginar que el conocimiento que ha de resultar de esta actividad viene a instalarse sobre un terreno virgen en el que antes reinaba la ignorancia. El avance del conocimiento o del saber (signifique lo que signifique eso) se produciría según esa visión haciendo retroceder el desconocimiento o no-saber. En la peor de las versiones de este mito, además, un conocimiento nuevo vendría a sumarse a lo ya conocido añadiéndole por aposición un nuevo palmo de terreno conquistado a lo desconocido.

La idea ingenua de la "comunidad científica" en la que cada meritorio informa su dato, en inglés, conforme a unas normas preestablecidas que permiten precisamente sumarlo sin problemas a los ya previamente acumulados, con la sensación de estar participando en la tarea común e impersonal de la ciencia, tiene mucho que ver con este mito.

Pero el conocimiento, la mayor parte de las veces (o, al menos, las veces en las que es verdaderamente relevante), no avanza contra la ignorancia, sino contra el prejuicio. La idea - útil para resolver ciertos problemas de los navegantes - de que la Tierra es esférica, no se impuso iluminando la ignorancia de la generalidad de los hombres de un momento histórico dado sobre la forma de la tierra. Se opuso - y se impuso porque rebatió (o criticó)- a la idea (la evidencia) de que la tierra era plana. Y no se "añadió" a lo que ya se sabía sobre geografía o sobre el movimiento de los astros: lo modificó y modificó la relación de los hombres con los objetos de esas disciplinas. Los psicoterapeutas deberíamos tomar nota de esto por partida doble. Primero porque, nuestras reflexiones - al menos cuando se trabaja dentro de cada una de las escuelas (quizás la escuela sea precisamente eso: la salvaguarda del prejuicio)- se han organizado como si el conocimiento pudiera crecer por aposición (no deja de ser chocante que miles de psicoterapeutas de diversas escuelas hayan practicado tranquilamente su profesión o se hayan despedazado acusándose de herejías diversas sin haberse sentido en cambio impelidos a demostrar la eficacia de su terapia). Pero también, y sobre todo, porque en la medida en que cobrar conocimiento de algo pueda constituirse en factor terapéutico (y por tanto el procurarlo en objetivo de la terapia) nos interesa especialmente saber como se produce ese hecho. (por ejemplo: lo importante puede no ser que el terapeuta designe significados nuevos, sino que ayude al paciente a que remueva los obstáculos epistemológicos que impiden que tales significados se configuren a sus ojos)

Narrativas

Lo que sigue pretende justificar la consideración de los trastornos mentales desde la óptica de las narrativas. La narrativa es un género literario que tiene como objeto producir emociones en el lector mediante el desarrollo de una trama (una relación de sucesos significativos) que evoca un mundo, en el que participan unos personajes, definidos por esa misma trama.

El objetivo de la narrativa no es relatar unos hechos (ese es, en todo caso el objeto de la historiografía o del informe) sino evocar un mundo para producir unas emociones. Por eso juzgamos la obra narrativa en término de emociones. Calificamos una novela de aburrida, emocionante o angustiada. No de incompleta o poco precisa (como haríamos con un informe o un estudio historiográfico)

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 (Cordón 1979, 1981) 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. 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 utilización 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 de los 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 acontecimientos 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 persiste convertirlos en significantes por un lado de seres (león, fieras...) y por otro de procesos (correr, comer, caer, arder..). Seres y procesos podrían 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 los 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 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. 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 objeto de curiosidad o bien como estímulo para la acción, y pueden producir bien miedo, bien asco o bien solidaridad. Lo que llamamos "yo" y lo que consideramos los "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 psiquiatria 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 las psicoterapias) 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 mas biológicas que la psicoterapia).

Adoptar la óptica de las narrativas significa, por tanto, fundamentalmente, buscar los instrumentos para conceptualizar e intervenir sobre los trastornos mentales, no en el terreno de las ciencias naturales forzando, en la extrapolación, conceptos y principios, sino en el de la actividad narrativa. Aceptar esta idea supone revisar los fundamentos de nuestra teoría y nuestra práctica, abriendo la posibilidad de considerar que lo que cada una de las escuelas de psicoterapia ofrece es un molde concreto sobre el que construir comentarios al discurso del paciente (remitiéndolo a esquemas cognitivos, historias familiares o procesos de adquisición de hábitos) Supone reorientar, por ejemplo, las lecturas y los procedimientos de adquisición de habilidades para las personas que tratan de acceder a la condición de psiquiatras que pasarían de este modo a deber mas a disciplinas mas literarias a las que los psiquiatras del pasado hubieron de acceder como por casualidad. Supone abrir nuevos procedimientos de evaluación de nuestra actividad, menos restringidos a los modelos concretos de comentario que ofrecen cada una de las escuelas psicopatológicas y establecer la posibilidad de una metodología común de evaluación de resultados intervenciones de distinto tipo. Supone abrir una vía de entender la alta respuesta al placebo obtenida en algunos ensayos (No es lo mismo ser una carga para la familia y un inútil que sufrir una enfermedad que se puede curar con un fármaco y ha sido certificada por un experto armado de multitud de instrumentos)

Además, esta óptica nos abre la posibilidad de ser creativos y de explorar la posibilidad de introducir conceptos e instrumentos inusuales en la práctica de la psicoterapia. Así lo han hecho, por ejemplo Omer y Alon (1997) o White y Epson (1990). Nos ofrece también un marco de referencia teórico capaz de explicar cómo actúan las intervenciones basadas en las diferentes escuelas teóricas y de ordenar su utilización con nuestros pacientes. Un marco, en definitiva, para la integración.

DISCIPLINA	OBJETO	FUNDAMENTO	PRACTICANTES	CRITERIO
CIENCIA (física, matemáticas, biología...)	producir conocimiento	razón, observación, evidencia experimental	Formados y reconocidos por la comunidad científica (universidad, publicaciones)	verdad
TECNOLOGÍA (arquitectura, medicina, psicoterapias...)	producir un bien social	- eficacia probada en la resolución de problemas conocidos - metodología para planteamiento y puesta a prueba de soluciones nuevas - contrastación con el conocimiento científico relacionado	capacitados a través de una formación científica y técnica (universidad, asociaciones profesionales)	eficacia, eficiencia, efectividad
TÉCNICA (fontanería, mecánica...)	producir un bien social	- eficacia probada en la resolución de problemas conocidos	capacitados a través de un sistema de formación profesional	eficacia, eficiencia, efectividad
ARTESANÍA	producir un bien social	- reproducción de una solución	entrenado en dicha	corrección



(alfarería, cocina...)		tradicionalmente considerada idónea	tradicción	
PRÁCTICAS ESOTÉRICAS (astrología, videncia...)	producir un bien social	- aceptación de una doctrina compartida con el cliente	con características innatas o adquiridas a través de ritos de iniciación	confianza

BIBLIOGRAFÍA

Barsky AJ, Geringer E, Wool CA. A cognitive-educational training for hypochondriasis. *Gen Hosp Psychiatry* 1988; 10: 322-327.

Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive treatment of depression: a treatment manual*. New York: Guilford. 1979. (Trad cast: *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Bouwer, 1983)

Beitman BD, Beck NC, Deuser WE, Carter CS, Davidson JRT, Maddock RJ. Patient stage of change predicts outcome in a panic disorder medication trial. *Axiety* 1994; 1: 64-69

Beitman BD, Yue D. *Learning psychotherapy: A time-efficient, research-based and outcome-measured psychotherapy training program*. New York: Norton 1999

Beitman BD, Beck NC, Deuser WE, Carter CS, Davidson JRT, Maddock RJ. Patient stage of change predicts outcome in a panic disorder medication trial. *Axiety* 1994; 1: 64-69

Bercherie P. *Les fondements de la clinique. Hitoire et structure du savoir psiquiatrique*. Paris: Navarin 1980 (Trad cast: *Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico*. Buenos Aires: Manantial 1986)

Beutler LE. *Eclectic psychotherapy: A systematic approach*. New York: Pergamon 1983.

Beutler LE, Clarkin JF. *Systematic treatment selection: toward targeted therapeutic interventions*. New York: Brunnel/Mazzel 1990

Beutler LE, Mohr DC, Grawe K, Engle D, McDonald R. Looking for differential treatment effects: cross-cultural predictors of differential therapeutic efficacy. *Journal of Psychotherapy Integration* 1991; 1: 121-142.

Chomsky N, Dieterich H. *Hablemos de terrorismo*. Pamplona: Txalaparta 1998 pp 137-138

Ciampi L. The dynamics of complex biological-psychological systems; four fundamental psycho-biological mediators in the long-term evolution of schizophrenia. *British J Psychiatry*. 1989; 155 (Supp 5): 15-21.

Cordón F. *Cocinar hizo al hombre*. Barcelona: Tusquets 1979

Cordón F. *La naturaleza del hombre a la luz de su origen biológico*. Barcelona: Anthropos 1981.

Dörner K. Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. Frankfurt am Main: Europäische Verlaganstalt, 1969 (Trad cast: ciudadanos y locos. Madrid: Taurus 1974)

Efran J, Lukens M, Lukens R. Language, structure and change. New York: Norton, 1990

Esquirol JED. Des maladies mentales considérées sous le rapports medical, hygienique et médico-legal. Paris 1838. (trad cast Memorias sobre la locura y sus variedades. Madrid: Dorsa 1991)

Foucault M. Histoire de la folie a l'age classique. Paris: Gallimard 1964. (Trad cast: Madrid: Fondo de Cultura Económica 1979)

Gracia D, Espino JA. Desarrollo histórico de la psiquiatría. En González de Rivera JL, Vela A, Arana J. Manual de Psiquiatría. Karpos: Madrid 1979

Gonsalves O. Cognitive narrative psychotherapy: the hermeneutic construction of alternative meanings. Journal of Cognitive Psychotherapy 1994; 8 (2): 105-125

Fernández Liria C. Enfermedad familia y costumbre en el periférico de San Cristobal de las Casas. America Indígena LV 1995; (1-2): enero julio

Fernández Liria C. La polémica del estructuralismo en Navarro Cordón JM. Corrientes actuales de la filosofía. Madrid: Síntesis. 2000 (En prensa)

Fairburn CG. Interpersonal Psychotherapy for bulimia nervosa. En Klerman GL, Weissman MM. New applications of interpersonal psychotherapy. Washington: American Psychiatric Press 1993, 353-378

Fairburn CG, Jones R, Pevler RC, Carr SJ, Solomon RA, O'Connor ME, Burton J, Hope RA. Three psychological treatments for bulimia nervosa. Arch Gen Psychiatry 1991; 48: 463-469.

Garner DM, Garfinkel PE. Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. Psychol Med 1980; 10: 647-656.

Goldberg D, Huxley P. Common mental disorders. A bio-social model. London: Routledge 1992.

Gill MM. Psychoanalysis in transition. New York: Basic Books. 1994

Gold JR. Key Concepts in psychotherapy integration. New York: Plenum 1996

Greenberg LE, Rice L, Elliot R. Preprocess-experiential therapy: facilitating emotional change. New York: Guilford 1993.

Guidano VF. The self in process: toward a post-rationalist cognitive therapy. New York: Guilford. 1991

Harding CM, Zubin J, Strauss JS. Chronicity in schizophrenia: fact, partial fact or artifact? *Hospital & Community Psychiatry* 1987; 38: 477-486.

Hoffman L. Constructing realities: An ars of lenses. *Fam Process* 1990; 29: 2-12.

Horowitz MJ: Stress response syndromes. New York: Jason Aaronson, 1976.

Horowitz MJ: Introduction to psychodynamics, a new synthesis. London: Routledge, 1988.

Horowitz MJ. Formulation as a basis for psychotherapy treatment. Washington: American Psychiatric Press 1997

Horowitz MJ, Marmor C, Krupnick J et al: Personality styles and brief psychotherapy. New York: Basic Books, 1984.

Kahlbaum L. Die Gruppierung der psychischen Krankheiten und die Eintheilung der Seelenstörungen. Danzing: Verlag von A W Kafemann, 1863. (Trad cast: Clasificación de las enfermedades psíquicas. Madrid: DORSA 1995)

Klerman GL, Rousanville B, Chevron E, Neu C, Weissman MM. Interpersonal psychotherapy of depression (IPT). New York. Basic Books. 1984.

Kraepelin E. Einführung in die Psychiatrische Klinik, 20 edición. Leipzig 1905. (Trad cast: Introducción a la clínica psiquiátrica. Madrid: Nieva 1988)

Leff J. A model of schizophrenic vulnerability to environmental factors. In Hafner H, Gattaz WF, Janzarik W: Berlin: Springer-Verlag 1987: 317-330.

Levy Strauss C. De près et de loin. Paris Editions Odile Jacob 1988. (Trad cast: De cerca y de lejos Madrid: Alianza 1990 p 104)

Linares JL. Identidad y narrativa. Barcelona: Paidós, 1996

Luborsky L. Principles of psychoanalytic psychotherapy; a manual for supportive-expressive treatment. New York: Basic Books, 1984

Luborsky L. The symptom-context method; symptoms as opportunities in psychotherapy. Washington DC: The American Psychological Association 1996

Luborsky L, Barber JP, Diguier L. The meanings of narratives told during psychotherapy: the fruits of a new observational unit. *Psychotherapy Research* 1992; 2 (4): 277-290.

Luborsky L, Chandler M, Auerbach AH, Cohen J, Bachrach HM. Factors influencing the outcome of psychotherapy: a review of quantitative research. *Psychological Bulletin*. 1971; 75: 145-185.

Luborsky L, Crist-Christoph P. Measures of psychoanalytic concepts; last decade of research from "The Penn Studies". *Int J Psycho-anal*, 1988; 69: 75-86

Luborsky L, Crits-Christoph P, Mintz J, Auerbach A. Who will benefit from psychotherapy. New York: Basic Books, 1988.

Luborsky L, DeRubies RJ. The use of psychotherapy treatment manuals: A small revolution in psychotherapy research stile. *Clinical Psychology Review* 1984; 4: 5-14.

McNamee S and Gergen KJ. La terapia como construcción social. Paidós, 1996. (texto inglés original de 1992)

Nagel E y Newman JP. Gödel's proof. New York: New York University Press 1958. (Trad cast: El teorema de Gödel. Madrid: Technos)

Nuechterlein KH, Dawson ME. A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenia episodes. *Schizophrenia Bulletin* 1984; 10: 300-312.

Omer H, Alon N. Constructing Therapeutic Narratives. Northvale: Jason Aronson. 1997

Pinel P. Tableau général des fous de Bicêtre, au nombre d'environ 200. Manuscrito 1793. (Reproducción y trad cast. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 1982; 2 (3) 93-96.

Pinel P. Traité médico-philosophique sur l'alienation mentale, ou la manie. Paris: Richard, Gaille et Ravier 1801 (an IX) (Trad cast *Tratado medico-filosófico de la enagenación mental o manía*. Madrid: Nieva 1988

Prochaska JO. Systems of psychotherapy: a transtheoretical analysis. Homewood, Ill: Dorsey, 1984.

Prochaska JO. The transtheoretical approach, in Norcross JC (ed). *Handbook of eclectic psychotherapy*. New York: Brunel/Mazel, 1986.

Prochaska JO, Di Clemente CC. The transtheoretical approach: crossing the traditional boundaries of therapy. Homewood: Dow Jones-Irrwin 1984.

Prochaska JO, DiClemente CC. The transteoretical approach. En Norcross JC y Goldfried MR. *Psychotherapy integration*. New York: Basic Books 1992. 330-334.

Prochaska JO, Rossi JS, Wilcox NS, Change processes and psychotherapy outcome in integrative case research. *Journal of Psychotherapy Integration* 1991; 1: 103-120.

Schafer R (1976). *A New language for psychoanalysis*. New Haven: Yale University Press.

Schafer R (1983). *The analytic attitude*. New York. Basic Books.

Sluzki C. Transformations: A bluepoint for narrative changes in therapy. *Family Process* 1992, 217-23.(trad cast: Transformaciones: una propuesta para cambios narrativos en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia* 1995; 6 (22/23): 53-70. 6.- Terapias sistémicas. 6.2.- Constructivismo y narrativas)

Spence D (1982). *Narrative truth and historical truth*. New York. Norton 1982

Stricker G (1997). Are Science and practice commensurable? *American Psychologist*, 52: 442-448

Strupp HH, Binder JL. *Psychotherapy in a new key*. New York: Basic Books 1989 (Trad cast: *Una nueva perspectiva en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer 1993)

Warwick HMC, Salkovskis PM. Hypochondriasis. *Behavior research and therapy* 1990; 28: 105-117.

White M, Epton D. *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton. 1990 (trad cast: *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós, 1993)

Zubin J, Steinhauer S. How to break the logjam in schizophrenia; a look beyond genetics. *The Journal of nervous and mental disease* 1981; 169: 477-494.

AGRADECIMIENTOS

A José Sánchez Lázaro y Antonio Diéguez por su lectura del borrador y sus sugerencias