

The cover features a dark teal silhouette of a human head in profile, facing left. Inside the head, several light gray gears of various sizes are arranged in a cluster, symbolizing the mind and mental processes. The background is white.

LA PSICOPATOLOGÍA, LA PSIQUIATRÍA Y LA SALUD MENTAL
Sus paradigmas y su integración

Gustavo Adolfo Apreda

**LA PSICOPATOLOGÍA, LA PSIQUIATRÍA Y LA SALUD MENTAL
SUS PARADIGMAS Y SU INTEGRACIÓN**

**LA PSICOPATOLOGÍA, LA PSIQUIATRÍA Y LA SALUD MENTAL
SUS PARADIGMAS Y SU INTEGRACIÓN**

Gustavo Adolfo Aprea

Apreda, Gustavo Adolfo

La psicopatología, la psiquiatría y la salud mental : sus paradigmas y su Integración . - 1a ed. - La Plata : Universidad Nacional de La Plata, 2010.
257 p. ; 21x15 cm.

ISBN 978-950-34-0651-9

1. Psicopatología. 2. Psiquiatría. 3. Salud Mental. I. Título
CDD 616.89

Diseño y diagramación: Erica Anabela Medina



Editorial de la Universidad Nacional de La Plata

Calle 47 N° 380 - La Plata (1900) - Buenos Aires - Argentina

Tel/Fax: 54-221-4273992

www.unlp.edu.ar/editorial

La EDULP integra la Red de Editoriales Universitarias (REUN)

1° edición - 2010

ISBN N° 978-950-34-0651-9

Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723

© 2010 - EDULP

Impreso en Argentina

*Dedicado a mi padre y a mi madre (in memoriam),
a mi esposa, y a mis hermanos.*

*Un especial agradecimiento a Ricardo Angelino y a Héctor Lahitte
por su guía, dedicación y apoyo.*

*"Una vida no vale nada, pero no hay nada que valga una vida".
André Malraux*

ÍNDICE

PARTE I

A modo de prólogo	13
Presentación	21
Objetivos generales y específicos	23
Introducción	25
Concepto de psicopatología, psiquiatría y salud mental	65
El desarrollo de la psicopatología y la psiquiatría a través de los siglos y las culturas	77
Lo normal y lo patológico en psicopatología y psiquiatría	101

PARTE II

Métodos de investigación en psicopatología y psiquiatría	109
Estatuto epistemológico de la psiquiatría actual:	125
Teorías psiquiátricas	126
Modelos epistemológicos de la psiquiatría actual	150
Integración de los modelos epistemológicos de la psiquiatría	185

Acerca de una epistemología de las psicoterapias	197
Casos clínicos	209

PARTE III

Conclusiones	231
Resumen	239
Referencias bibliográficas	247
Glosario	253

PARTE I

A MODO DE PRÓLOGO

*"Si el fundamento (Grund) rehúsa una fundamentación,
es abismo (Ab-grund)..."*

M. Heidegger. Introducción a la Metafísica. 1936-53

Desde que me dediqué al estudio de la medicina, muchos de los entonces considerados entendidos en ese saber, impregnaban sus decires de la exactitud matemática, química y fisicalista.

Con mis pocas luces, los sentí en contradicción con el «arte de curar» o simplemente de acompañar (medeos).

También los reencontré en el fanatismo de los psicologismos, olvidando alguno de ellos, el carácter de ensayos conjeturales de sus escritos.

¿Cómo acercarse a aquel hombre de carne y hueso, que sufre, piensa, ama y sueña, con que definía Don Miguel de Unamuno al padeciente?

Las religiones han hecho sus dioses a imagen y semejanza de los hombres. Desde cualquiera de ellas han impuesto dogmas, pretendiendo la verdad y el consenso exclusivos, persiguiendo, torturando y matando a los que no los aceptaran.

La historia de las ciencias también ha sufrido estos mismos estigmas, cuando sus conocimientos se volvieron autoritarios y absolutistas.

Hoy, ante la supuesta ausencia de mitos, la modernidad (y postmodernidad) se construye sobre una mitología: la razón vuelta mito,

como señalaran Adorno y Horkheimer¹, vuelve a cerrar totalitariamente en una «verdad unívoca»: la ciencia y la razón todo lo explican, constituyéndose así el entramado signifiante que puede dar sentido a lo que M. Foucault denomina «saber médico psiquiátrico» y/o pensamiento total sobre el ser y su acontecer; volviendo a cerrar la posibilidad de duda deconstructiva² que permite seguir descubriendo e interpretando la complejidad inacabable.³

«Existe solamente un medio para hacer que la ciencia avance: desautorizar la ciencia ya constituida; dicho con otras palabras: cambiar su constitución» (G. Bachelard)

Cuestionarse por el saber mismo acerca de algo, por su sentido, es una empresa fundante.

Cuando me tocó acompañar junto a Héctor Lahitte, a Gustavo Apreda en este emprendimiento, en torno a la epistemología aplicada a la psicopatología, la psiquiatría y la salud mental, reconocí, después de años de este tema ausente en nuestros claustros médicos, el privilegio de estar en esta aventura. Como algo nuevo, cuestionador, esclarecedor, no iba a ser fácil. El cerebro reptiliano afincado en lo remanido, en lo estructurado y repetido, y sus huevos recientes, no allanarían el paso. Las viejas improntas, caminos establecidos, intentos apodícticos, rituales pseudocientíficos ejecutados con pretendida eficiencia, síntesis unívocas deparadoras de falsas seguridades para sus seguidores y repetidores, no eran un mero escollo a sortear. Refrendaban estas imposibilidades los burócratas enquistados desde siempre en lugares expectantes. Y como dice Eduardo Menéndez, «*al fin y al cabo, la historia de la ciencia es la pregunta por quienes se apropian de ella*».

Martín Heidegger en «¿Que es eso de la Filosofía?» (¿Was ist das, die philosophie? 1956) me había aclarado hacía años, en mi propedéutica a

¹ Adorno, T. - Horkheimer, M. «Dialéctica del Iluminismo», Edit Sudamericana, Bs.As, 1987

² Derrida, J. «El fundamento místico de la autoridad» en «Fuerza de ley», Edit. Tecnos, Madrid, 1997

³ Angelino, Flavia «Los silencios funcionales de lo grotesco. Jerarquizaciones estéticas y los (des) órdenes de la natural realidad». Teoría Política y Teoría Estética. Arte, Filosofía, retóricas, políticas. Cátedra: Prof. González. Facultad de Ciencias Sociales. Carrera de Sociología. UBA. 2005

la filosofía, antes que dudara como aprendiz de medicina, que cuestionarse por el ser es un paso más allá del ente. Que la historia de la filosofía había sido hasta Heidegger, una historia del olvido del Ser por el ente.

Si quería acercarme realmente al que enferma, al que pierde firmeza donde asienta, debía emprender una metodología. Y esta incumbía a una especialidad, la más humanística entre las especialidades del arte de acompañar y, a veces, curar, al que sufre una pérdida de libertad para actuar de otra forma, ante una realidad que se le hace insoportable.

Desentrañar las fuentes, conjeturar sentidos, reivindicar libertades, precisar el orden de los conceptos, historizar sus pasos, ejemplificar sus aplicaciones, son los caminos que Gustavo Apreda intenta en este libro.

Los fundamentos de la elección del tema no son menores. Busca *«una integración epistemológica de las ciencias naturales y humanas en general y de la psicopatología y la psiquiatría en particular»*.

La teoría, la práctica y la ética no se escinden ni finalizan en todo quehacer científico. Son derroteros permanentes para la reflexión.

El valor de la subjetividad aparece como lo hace en la variable subjetiva de quien observa a través de la lente de un microscopio. Puede ser tergiversadora como así también orientadora de sentidos.

«La observación no es objetiva ni neutral, se capta diferencialmente de acuerdo a la mirada del observador» (G. Apreda)

Al presentar la relación sujeto-objeto de estudio, plantea desde su inicio una postura de reconstrucción del saber a través de un sujeto cognoscente también vuelto sobre sí mismo.

Los objetivos generales intentan la integración de las ciencias naturales y humanas, con inclusión del sujeto como condición.

Los objetivos específicos disciernen entre distintas concepciones o modelos que, por sí mismos, separados, no pueden abarcar al sujeto-objeto de estudio.

El sujeto es naturaleza y cultura, natura y nurtura, vivencia existencial y su estar-en-el-mundo.

Desde una concepción multifactorial y multidimensional, *«la realidad del sujeto humano, sano o enfermo, es la integración de lo psíquico, lo somático y lo sociocultural»*. Ante el dualismo cartesiano (soma-psyque) el pensamiento interaccionista y el modelo integracionista. Sutura y ruptura, tesis y antítesis, búsqueda dialéctica contrahegemónica, inclusión más que exclusión.

¿Cómo sabemos aquello que creemos saber? ¿Cómo se conoce, piensa y decide?

«*El sujeto conoce siempre, subjetividad mediante*» (G. Apreda). No puede separarse. No hay ciencia sin la inclusión de un sujeto que la genera y relaciona. La observación incluye a lo observado y al observador.

En la Edad Media el Aquinate acuñó «*homine est ineffabile*»: el hombre no puede contenerse en un concepto simple, lo desborda.

Gustavo Apreda se rinde ante la evidencia de la multidimensionalidad y multicomplejidad del sujeto humano. Para ello instrumenta un cambio epistemológico en los «*hábitos del pensamiento, conocimiento, conducta y decisión*». «*Resignificación conceptual y emocional*». En estos tiempos, «*ya no se puede postular una ciencia sin sujeto*». Es falsa la dicotomía objetividad vs. subjetividad.

Von Foerster llama a esta inclusión del observador en el hecho de la observación, «*epistemología cibernética de 2do. orden*» o relacional. La realidad es entonces una co-construcción entre el observador y lo observado.

Aplicados estos conceptos al tema, la psicopatología deviene como fundamentación científica del quehacer psiquiátrico. Lo biológico como organismo, lo psíquico sujeto de subjetividad, y lo sociocultural, estructuran la psicopatología.

Cuando el sujeto pierde firmeza donde asienta (Homo Infirmus), aparece lo patológico.

La unidad mente-cuerpo, lo biográfico y la patobiografía y sus varias generaciones desencadenantes, la convivencia, su entorno, el ámbito donde nos encontramos al igual que la herencia sociocultural que como la genética, entretejen la urdimbre única de cada uno como sujetos.

La psiquiatría es, entonces, estudio de lo universal o nomotético, y estudio de lo individual o ideográfico.

La tradición helénica radicaba en la mente, el corazón y el vientre, las producciones humanas y su sujeción, en ese orden. Orden que impera con la aparición del otro en la construcción de una ética. O en la Ley de H. Jackson, quien a fines de 1800 y principios del nuevo siglo, formula desde la neurología, el predominio de las estructuras más recientes y jerarquizadas en la evolución del cerebro humano sobre las paleomamíferas y reptilianas (Mac Lean). Su desorganización permite la emergencia en la enfermedad mental de lo más primitivo. Organodinamismo que H. Ey (1900-1977) propondrá, recurriendo al ya nombrado H. Jackson, S. Freud, E. Bleuler, con lo más granado de la clínica psiquiátrica y el pensamiento metafísico de Hegel y Husserl.

Es una larga historia que hace a las ideas funcionantes a través de distintos períodos, imbricarse, completarse en una comprensión, aunque incompleta, más accesible a lo «ineffabile».

Enrique Pichón Riviere y discípulos, como Fernando Taragano (padre), propusieron que nuestros conocimientos se agruparan en esquemas teóricos referenciales para ser operativos. Espiral abierta al cambio, a nuevas ideas que dispongan a otros esquemas gnoseológicos para la práctica.

En 1965, participando de la Escuela Argentina de Psiquiatría Psicoanalítica Gestáltica, en los cursos que dictara en la Sociedad Científica Argentina, entre médicos psiquiatras, psicoanalistas y pichoneanos, yo era el único que provenía del campo de la filosofía.

Después de un grupo operativo coordinado por Roberto Losso, interpele con mis dudas y alguna certeza a Fernando Taragano. Este fumaba, como su maestro, una infaltable pipa. ¿Dónde podrían intercalarse mis angustias existenciales, acuciantes desde S. Kierkegaard, B. Bolzano, C. Brentano, E. Husserl, M. Scheler, M. Heidegger, J. Ortega, J.P. Sartre y A. Camus, por nombrar a algunos de los que más me habían cuestionado el sentido de mi vida? Taragano, entre bolutas de humo, meditó muy poco su respuesta.

Y me contestó: ¿Qué le parece si elabora más sus dudas, las formula y propone como introducirlas en un nuevo esquema teórico y operativo...?

Desde esta actitud de humildad, que me conmueve aún hoy, la psiquiatría, rama de la medicina, se nutre de todas las disciplinas humanas.

Nuestro querido maestro, el Prof. Dr. Jorge Rosa, siempre expresó que, aunque nos encontráramos en la teoría, cada psiquiatra, cada uno de nosotros, ejerce con su personalidad. Un toque diferencial, único, en el ascendiente sobre el que padece.

Gustavo Apreada, después de historizar la psicopatología y la psiquiatría por sus diferentes momentos histórico-culturales, se refiere a lo anfibológico de lo normal y lo anormal.

Nuestras disciplinas de tanto fincar en lo patológico han olvidado lo normal de la salud. Queda abierta la posibilidad de establecer los alcances de una normología.

Lejos de la Campana de Gauss, los conceptos de desequilibrio bio-psico-sociales asientan en la concepción existencial de la pérdida de libertad del sujeto para actuar de otra forma.

El psiquiatra trabaja para dar «*acceso a una existencia más libre, consciente y responsable*» (G. Apreda)

El observador es siempre participante en una descripción parcial de fragmentos de la realidad. Asume y observa una realidad también unitaria, el ser humano en relación.

El enfoque se hace complejo si a esto sumamos que «*el estatuto epistemológico de la psiquiatría está formado por diversos modelos que intentan aprehender la realidad; pero que no son la realidad misma, sino su representación (... el mapa no es el territorio)*» (G. Apreda)

En mi primera larga conversación introductoria en 1978 con el Prof. Dr. Jorge Rosa, para entrar en la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de La Plata, éste me interrogó por mi orientación escolástica. Le contesté que era (y es) humanística.

No me extrañó, pues, que Gustavo Apreda seleccione entre tantos nombres y teorías postuladas el de un clásico de la psiquiatría contemporánea: Henri Ey, quien fuera «*un humanista experimentado*», que «*pasó toda su vida retomando lazos interrumpidos, re-unificando lo que otros habían separado, tratando de reencontrar al hombre...*»

Convengamos, mal que nos pese, que la psiquiatría instrumentada por los hombres, está expuesta a sus defectos y abusos: uno y principal, el uso del pretendido saber como poder sobre el deseo del otro. Uso sutil de la violencia, pero violencia al fin.

Th. Szasz, R. Laing, D. Cooper, F. Basaglia, B. Bettelheim, Ch. Delacampagne, P. R. Beggin, R. Castel, M. Mannoni, R. Jaccard, J. Foudraire, F. Guattari y M. Foucault (desde su tesis «*Historia de la Locura...*» y su continuación publicada póstumamente como «*El poder psiquiátrico*»), introdujeron en forma revulsiva una crítica despiadada a la psiquiatría como sistema de excesos. Tomaron como un todo lo que correspondía, como responsabilidad, a algunos. El saldo, sin explicación plausible, fue negar la enfermedad mental.

H. Ey en su último escrito «*En Defensa de la Psiquiatría*», de 1977, intentó oponerse a esta tesis de la antipsiquiatría, del mito (mitema) de la psiquiatría proclamado proféticamente (kerigma) como epopeya del mal.

Apasionado polemista, niega desde su humanismo el aporte crítico de tantos autores. Aquí discrepo con el insigne psiquiatra francés ¡bienvenida la crítica como higiene mental para los especialistas! No deben asustarnos las antítesis en cuanto permiten, abren a una síntesis expurgatoria.

Así como la democracia es el menos malo de los gobiernos, al decir de un político británico, tampoco excluye sus vicios y su denuncia.

El film «Atrapado sin Salida», de Milos Forman que cita Ey en su opúsculo, fue anatematizado por ilustres psiquiatras, maestros nuestros. Yo lo exhibí y discutí con mis alumnos muchas veces, como hoy lo hago con la lectura crítica de «El libro negro del psicoanálisis». No cabe ningún Index Librorum Prohibitorum del Santo Oficio en el estudio de las ideas.

H. Ey considera al sujeto enfermo psíquico desde una perspectiva global-holística, como una profunda desestructuración de su ser, y estar en el mundo. También «En defensa de la psiquiatría» dice: «*la desorganización interna (del sujeto) es lo único que constituye el verdadero objeto de la psiquiatría*», comprendiendo la integración epistemológica de este saber.

Tesis, antítesis, reformulación en síntesis, como una nueva tesis en la dialéctica del conocimiento.

Sus pasos, sus puentes y convergencias, instan a la creatividad del sujeto. Acto del conocimiento propuesto a la inter-trans-multidisciplina, en la multicomplejidad y multidimensionalidad del sujeto humano, en su-estar-en-el-mundo.

En un tiempo donde angustia el fin de las certezas, tener este derrotero que propone Gustavo Apreda, es, como me gusta repetir a mis padecientes y a mí mismo, aprender a vivir; pero aprender a vivir es aprender a joderse...

Quizás una posición adulta que nos diferencia de las fantasías de seguridad del niño.

Agradezco a Gustavo Apreda, Psiquiatra y Psicoanalista, Doctor en Medicina y Profesor Universitario, haberme elegido para prologar su obra. El interés de la misma es, y así lo espero, un semillero para la inquietud.

*Prof. Dr. Ricardo Angelino
Ex Prof. Titular de Psiquiatría
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de La Plata
Bernal, septiembre de 2009.*

PRESENTACIÓN

«Existe solamente un medio para hacer que la ciencia avance: desautorizar la ciencia ya constituida; dicho con otras palabras: cambiar su constitución».

G. Bachelard.

El presente libro es el resultado de varios años de reflexión y de estudio con relación al estatuto epistemológico de las ciencias naturales y humanas en general; y de la psicopatología, la psiquiatría y la salud mental en particular.

Toda praxis se sostiene en una teoría que le da su fundamento y su razón de ser, y toda actividad científica debe poseer una ética; es decir unos principios que contemplen la conveniencia de tal o cual práctica. Sobre estos tres aspectos del quehacer científico (praxis, teoría y ética), es preciso reflexionar en forma permanente.

En este libro se propone una integración epistemológica de las ciencias naturales y humanas en general, y de la psicopatología, la psiquiatría y la salud mental en particular.

La vía operativa que se ha elegido para dar cuenta de esta integración, es la reflexión acerca de los supuestos que alimentan nuestras explicaciones científicas. ¿Cuál es nuestra idea acerca de las ciencias naturales? ¿Son distintas a las denominadas ciencias humanas? ¿Cuál es la posición del hombre en las ciencias naturales? ¿Cuál es la posición del hombre con respecto a su explicación de la naturaleza?

Para la epistemología que aquí se plantea, resulta inadmisibles la separación del sujeto humano de la naturaleza. En ese sentido solo es concebible una ciencia que **incluya al hombre** que la genera. El sujeto al configurarla, al hacer ciencia, es parte indisociable de ella; por más que se pretenda separarlo a favor de una supuesta objetividad que lo excluye arbitrariamente de su realidad.

El centro de gravedad del conocimiento está precisamente en la «**relación**» **sujeto-objeto**, y por lo tanto todo acto de conocimiento está co-determinado a partir de los términos de esta relación. Si el conocimiento supone una relación sujeto-objeto, el problema del conocimiento consiste en el estudio de esa relación.

Gregory Bateson es el constructor de una nueva epistemología, que no disocia el sujeto que investiga de su objeto de estudio. Esta nueva epistemología es la «**epistemología relacional**», cuyo eje se centra en la relación sujeto-objeto. Por lo tanto, el acto de conocimiento se genera a partir de esta co-relación.

Toda petición de inclusión del sujeto en la ciencia puede convertirse en una máscara simplificadora, si no se asume **un cambio epistemológico**: un cambio en nuestros hábitos de pensamiento, conocimiento, conducta y decisión. Este cambio epistemológico implica una reconstrucción racional, pero no solo eso. Implica también una re-construcción del significado de nuestros pensamientos y acciones, una re-construcción ética y estética, y una re-significación conceptual y emocional.

Esto marca el fin de la falsa dicotomía objetividad versus subjetividad. No se trata de una objetividad independiente del sujeto, sino por el contrario, se trata de una objetividad del sujeto. Cuando yo, sujeto, me pienso como sujeto que piensa, me estoy objetivando. **El sujeto conoce, siempre, mediante su subjetividad.** A esta altura de la historia de la actividad científica, no se puede postular más una ciencia sin sujeto. Toda ciencia es de / por / para el hombre.

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

Los objetivos generales que plantea este libro son sentar las bases teóricas para la integración de las ciencias naturales y humanas, a partir de la construcción de una nueva epistemología que contemple la inclusión del sujeto en la generación del conocimiento científico. Solo a partir de esta inclusión será posible tal integración.

Los objetivos específicos que se trazan son, que ninguno de los modelos epistemológicos de la psicopatología y la psiquiatría actual (que obedecen a presupuestos ideológicos distintos), pueden explicar por separado, la multicomplejidad y multidimensionalidad de un sujeto con un trastorno psíquico.

Ha llegado el momento de aplicar un pensamiento interaccionista y por ende un modelo integracionista, que permita construir una epistemología más acorde con la realidad psicopatológica. Se postula una epistemología psiquiátrica donde se supere el dualismo cartesiano (soma-psi-que). La realidad del sujeto humano, sano o enfermo, es la integración de lo psíquico, lo somático y lo socio-cultural.

El sujeto es, pues, naturaleza y cultura. Así, al estatuto biológico del hombre, se lo debe enriquecer y ampliar con el estudio vivencial, de sus

modos de existencia y de su-estar-en-el-mundo. Estas dos vertientes son inseparables a la hora de pensar una epistemología psicopatológica integradora.

Pienso, pues, desde mi perspectiva a la psiquiatría como una **ciencia natural y cultural** al mismo tiempo, es decir **nomotética** (estudio de lo general) e **idiográfica** (estudio de lo individual). Sostengo una **concepción multifactorial y multidimensional** de los trastornos psíquicos, y una **comprensión bio-psico-social** de los mismos.

INTRODUCCIÓN

El significado de la ciencia:

La significación y el impacto de la ciencia a partir de la tarea de los científicos en el mundo moderno, han despertado un interés generalizado por conocer su naturaleza, sus procedimientos, su alcance y sus limitaciones.

Ocurre con frecuencia que se tiene un concepto equivocado con respecto a las características de la ciencia, pues se la identifica exclusivamente con sus resultados y aplicaciones. Sin embargo, la ciencia es esencialmente una metodología cognoscitiva y una particular manera de pensar acerca de la realidad.

Es indudable el importante papel que desempeña la ciencia y por ende la tarea de los científicos en nuestra sociedad; no solo en lo que respecta a sus aplicaciones tecnológicas, sino también por el cambio conceptual que ha introducido en nuestra comprensión del universo y de lo humano.

La tarea de comprender que es la ciencia, importa porque a la vez es comprender nuestra época, nuestro destino y en cierto modo comprendernos a nosotros mismos.

Según algunos epistemólogos, lo que resulta característico del conocimiento que brinda la ciencia, es el llamado **método científico**, un procedimiento que permite obtenerlo, y también a la vez, justificarlo.

Pero cabe una pregunta: ¿Se puede hablar de una sola forma de hacer ciencia? No estoy de acuerdo con la unicidad del método científico que plantean algunos investigadores; pues entre los métodos que utiliza el científico, se pueden señalar métodos definitorios, métodos clasificatorios, métodos estadísticos, métodos hipotético-deductivos, empírico-inductivos, procedimientos de medición, métodos cualitativos y muchos otros, por lo cual, hablar de «el» método científico es referirse en realidad a un vasto conjunto de tácticas empleadas para construir el conocimiento. Esto no significa que no existan métodos científicos, lo que sostengo es que no hay una única forma de hacer ciencia, sino que hay una pluralidad de métodos.

Una teoría científica es un conjunto de conjeturas, simples o complejas, acerca del modo en que se comporta algún sector de la realidad. Una teoría es la unidad de análisis fundamental del pensamiento científico actual.

La epistemología es el estudio de las condiciones de producción y de validación del conocimiento científico. Esas condiciones dependen de circunstancias históricas, psicológicas y sociológicas que llevan a su obtención, y a los criterios con los cuales se lo justifica o invalida.

Hay una importante distinción, muy puesta en tela de juicio en la actualidad acerca de la discusión y el análisis de carácter epistemológico. Me refiero a lo que se llama **contexto de descubrimiento** y **contexto de justificación**.

En el contexto de descubrimiento importa la producción de una hipótesis o de una teoría, el hallazgo y la formulación de una idea, la invención de un concepto, todo ello relacionado con circunstancias personales, psicológicas, sociológicas, políticas y hasta económicas o tecnológicas que pudiesen haber gravitado en la gestación del descubrimiento o influido en su aparición.

A ello se opondría por contraste el contexto de justificación, que aborda cuestiones de validación: como saber si el descubrimiento realizado es auténtico o no, si la creencia es verdadera o falsa, si una teoría es justificable, si las evidencias apoyan nuestras afirmaciones o si realmente se ha incrementado el conocimiento.

El contexto de descubrimiento estaría relacionado con el campo de la psicología y de la sociología, en tanto que el de justificación se vincularía con la teoría del conocimiento y en particular con la lógica.

Sin embargo, en la actualidad, son muchos los filósofos de la ciencia, que afirman que la frontera entre los dos contextos no es nítida ni legítima, pues habría estrechas conexiones entre el problema de la justificación de una teoría (y de sus cualidades lógicas), y la manera en que se la ha construido en la oportunidad en que ella surgió; es decir el momento histórico de la construcción de una teoría científica. En particular, ésta es la opinión de Thomas Kuhn.

Kuhn sostuvo siempre que un nuevo paradigma surgía a partir de la crisis del anterior, y que se imponía sólo en tanto podía resolver las anomalías de éste. Es decir, sostenía una cierta noción explicativa del progreso de la ciencia, en tanto no podía surgir un nuevo paradigma, si no se mostraba capaz de resolver lo que para el anterior resultaba irresoluble. Entonces, la noción de paradigma, introduce en las ciencias la idea de marcos conceptuales teórico-prácticos; que además de ser contingentes, están abiertos al espacio socio-histórico en el que se constituyen, y en constante interdefinición con el mismo. Estos sostienen la práctica científica; hacen evidentes sus problemas, a la vez que los procedimientos para su resolución.

A los dos contextos mencionados, se agrega un tercero, el **contexto de aplicación**, en el que se discuten las aplicaciones del conocimiento científico, su utilidad, su beneficio o perjuicio para la especie humana.

Cuando las teorías científicas se ocupan de objetos, hay que formular una primera distinción. Nuestro conocimiento de algunos de estos objetos es directo, en el sentido de que no exige ninguna mediatización de instrumentos o teorías para que podamos tener conocimiento de ellos. Se ofrecen directamente a la experiencia y por tanto se denominan **objetos directos**.

Claro que no todo objeto del cual se ocupa la ciencia se halla en estas condiciones. Ni los átomos, ni el inconsciente, ni la estructura del lenguaje, ni los genes poseen esta cualidad. Para acceder al conocimiento de estas entidades, es necesario proceder indirectamente y justificar nuestra creencia en ellas y en nuestro modo de conocerlas. Se podría decir, que estamos tratando con **objetos indirectos**.

Se llama **base empírica**, al conjunto de los objetos que potencialmente pueden ser conocidos directamente. Los demás objetos, acerca de los cuales no se niega que se pueda adquirir conocimiento, pero que exi-

gen estrategias indirectas y mediatizadoras para su captación, constituirán lo que se llama **zona teórica** de las disciplinas o teorías científicas.

Ciertos ejemplos pueden ilustrar lo que se está diciendo a propósito de la base empírica y la zona teórica. En física se mencionan cosas tales como balanzas, el fiel de la balanza, la aguja, el dial, pesas, etc., que corresponden a la base empírica. Pero se habla también de campos eléctricos o partículas elementales que no son observables y por lo tanto corresponden a la zona teórica de la ciencia.

En el caso de la biología, una distinción análoga es la que existe entre fenotipo y genotipo: el fenotipo se refiere a una característica observable de los seres vivos (ej. color de los ojos); pero el genotipo hace referencia a los genes, es decir a entidades de la zona teórica.

En psicoanálisis, se incluye en la base empírica a las actitudes corporales, a los gestos, al lenguaje; mientras que pertenecen a la zona teórica el inconsciente, el superyó o las fantasías.

Las ciencias hoy existentes pueden ser clasificadas en **formales y fácticas**. Las primeras sólo son la lógica y la matemática, que no remiten a ningún objeto directo de la realidad, sino a los mecanismos formales con que las comprendemos. Todas las demás ciencias son «fácticas», es decir relativas a hechos; por lo tanto, las teorías que en ellas existen tienen como referencia distintos aspectos de la realidad, que ellas buscan explicar e interpretar.

A menudo se cree que el conocimiento científico es una especie de fotografía de la realidad, es decir una copia pasiva de sus características intrínsecas. Esto oculta el hecho de que **la ciencia es una construcción social**, es decir **una producción humana**; y de ninguna manera una simple constatación de algo pre-constituido. La filosofía de la ciencia ha resistido fuertemente a esta evidencia, ya que el logicismo siempre entendió lo social como una condición ajena a los problemas propiamente cognitivos, habitualmente como un obstáculo para obtener la «independencia de criterios» que permitiera el emerger de un estudio «neutral y objetivo».

Los científicos no actúan en relación directa con la realidad, sino con los objetos que ellos mismos construyen, todos incluidos dentro del campo simbólico. De modo que no se trabaja con la realidad, sino sobre las representaciones que se construyen de esa realidad.

Lo antedicho atenta fuertemente contra la autopercepción que los científicos tienen de sí mismos, y desautoriza a los llamados «criterios de de-

marcación» que desde el neopositivismo se intentó establecer, para especificar a la ciencia como modo privilegiado y controlado de conocimiento.

La ciencia no surge de la observación, como se cree, sino que implica, siempre, la existencia de supuestos previos que son puestos a constatación por vía de la experiencia. Por lo tanto **la observación no es objetiva ni neutral, se capta diferencialmente de acuerdo a la mirada del observador**. Vale decir: a teorías (o a paradigmas diferentes), corresponden recortes empíricos diferentes (por ej. las distintas modalidades de clasificación).

Toda explicación científica resulta inevitablemente inconclusiva, pues exige referencia a términos inexplicados, los cuales a su vez para explicarse remitirían a otros inexplicados, y así al infinito. Esto supone no sólo que toda explicación resulta siempre incompleta, sino además que resulta parcialmente tautológica*, dado que remite necesariamente a la exclusión de otros puntos de vista posibles. Tal problema lógico recuerda sin duda, al conocido teorema de Gödel: «Todo principio remite a otro más general para sustentarse, y así ad infinitum».

Lo antedicho tiende a mostrar que las explicaciones se someten a cánones lógicos que operan como falacia / tapadera respecto de las imposibilidades que toda lógica tiene de reducir la incompletud. Esta «interminabilidad» también pretende ser cubierta con los giros retóricos, los cuales cumplen funciones centrales dentro de la actividad científica: se trata de -por el lenguaje- convencer de la plausibilidad o apodicticidad de los propios puntos de vista, en un juego que es de pura apelación a la persuasión.

Es importante destacar que la epistemología misma hace sus intervenciones legitimando o deslegitimando posiciones, y por lo tanto ella también es una parte del cuadro de fuerzas que buscan imponer una interpretación. Por lo tanto, **la epistemología no es juez, es parte**: aquella parte que lleva la ventaja de presentarse como juez.

La ciencia no progresa linealmente, sino por rupturas. Es decir, una nueva teoría habitualmente plantea un corte, no una continuidad con la anterior. Así, la ciencia no devela gradualmente una realidad pre-dada, cuyas características van apareciendo cada vez más; sino que define tal realidad en cada caso diferencialmente, según el tipo de recorte teórico.

Por lo tanto, el científico no es un desinteresado buscador de verdades como sostiene Popper, sino un sujeto socialmente condicionado que busca, en primer lugar, legitimarse dentro de la comunidad científica. Los científicos no buscan abstracto conocimiento, sino concreto reconocimiento.

¿Cuándo comenzó la ciencia?

El surgimiento de la ciencia con las características que hoy se le conocen (aplicación del cálculo matemático y la medición a la observación, el experimento y el tratamiento de los datos), comenzó en el siglo XVII con la llamada revolución copernicana. A partir de **Galileo Galilei** (1564-1642), la astronomía y la física se independizan de la filosofía, en la medida en que la presunción teórica de que la tierra no era el centro del universo resultaba confirmada por observaciones telescópicas. Esto colaboró para que la razón humana fuera de allí en más el criterio orientativo básico para la ciencia, e incluso también para la ética, la filosofía y la legitimación de los gobiernos, abriendo paso a lo que se ha llamado «modernidad». Consiguientemente, la Iglesia perdía hegemonía en el manejo directo del poder político e ideológico, lo cual le hizo rechazar muchos de los hallazgos iniciales de la ciencia.

A partir de aquí, entre los epistemólogos parece haber cierto acuerdo sobre el punto de inflexión que significó el surgimiento y consolidación de lo que se llamó la «física galileana», ya que numerosos autores coinciden en situar ahí el nacimiento de la física moderna y, con él, el modelo paradigmático que rige el concepto actual de «ciencia». Pero, se sabe también, que el progreso en conocimientos, saberes y praxis diversas se remonta mucho más atrás, hasta los albores de la humanidad, y que éstos conocimientos y praxis humanas tienen una conexión y una relación innegable, con lo que connota la palabra «ciencia». Asimismo, se coincide en postular que gran parte de las bases del conocimiento científico, se encuentran en los pensadores de la Antigua Grecia, al apartarse de las explicaciones teológicas o mito-poéticas, y empezar a buscar una causa «racional». A partir de aquí, nace el «**paradigma galileano**», es decir el certificado de nacimiento de la ciencia.

Por otro lado, Carlo Ginzburg (autor, historiador y colega de Umberto Eco en la Universidad de Bolonia), sostiene que a finales del siglo XIX, surge en el ámbito de las ciencias sociales, un modelo epistemológico (o si se prefiere un paradigma de investigación no explicitado), que él llamará «**indiciario o semiótico**».

Este modelo epistemológico va a oponerle al más tradicional, que él llama el de la física galileana. Las siguientes puntualizaciones, van a diferenciar, según Ginzburg, una clara oposición entre estos dos paradigmas de investigación:

Paradigma «de la física galileana»:

- a) Prioriza lo repetible, medible y comunicable; las generalizaciones, las coincidencias.
- b) Estudio de lo cuantitativo.
- c) Interés en lo universal, en la regla; descarta las características individuales.
- d) Estudio de lo típico.

Paradigma «indiciario»:

- a) Prioriza lo irrepitable, lo singular, lo original, lo sorprendente.
- b) Estudio de lo cualitativo.
- c) Interés en lo individual, en el caso.
- d) Estudio de lo excepcional.

Conocimiento y acción:

Por lo común en el operar cotidiano de los científicos, se habla poco o nada de epistemología. Algunos investigadores, por exceso de cientificidad, suelen vincular la epistemología con la filosofía, o al menos con una suerte de meta-conocimiento que parece escapar al accionar de los científicos. Esas ideas emergen cuando se ejerce una fuerte reducción del alcance del término epistemología, el cual queda circunscripto al ámbito exclusivo del pensamiento. Sin embargo, actuar de ese modo, implica olvidar el ámbito de la acción, es decir de las conductas que operan en y por el pensamiento. Se trata de una reducción empobrecedora, que cercena el extenso dominio de las experiencias, al quedar descartadas, las acciones y las conductas.

¿Puede establecerse una disociación entre pensamiento y acción, entre conocimiento y conducta? En rigor, en nuestra experiencia cotidiana, difícilmente se pueda separar, por un lado, el conocimiento que orienta nuestras acciones, y por otro las conductas que generan ese conocimiento.

Muchos autores han definido a la epistemología como la teoría del conocimiento científico. El significado original de epistemología, ha derivado hoy en aquella rama del saber que se ocupa de la normativa y los métodos de la ciencia.

De todos modos es posible ampliar esta definición sobre la base de dos cuestiones. En un sentido más filosófico, se trataría del estudio de

cómo sabemos aquello que sabemos. En un sentido más científico, se trataría acerca de cómo se conoce, como se piensa y como se decide. Este último sentido, requiere para el científico un compromiso con su hacer ciencia.

Como punto de partida, se podría afirmar que la epistemología es un dominio complejo. Etimológicamente es el estudio no solo del dominio del conocimiento, sino también del de la acción, ya que la palabra proviene del vocablo griego «epistéme» que significa conocimiento, inteligencia, saber; pero también destreza y pericia.

Como noción integradora, esta idea de epistéme hace referencia a una cosmovisión, que orientan no solo los procesos de pensamiento, sino también las acciones.

La epistemología es, necesariamente, parte de la esfera de incumbencia del científico, tanto como lo es su trabajo cotidiano en el campo o en el laboratorio.

El problema de la demarcación entre aquello que es científico y aquello que no lo es, es un problema epistemológico. La demarcación puede ser «rígida» o «flexible», precisa o difusa, y puede basarse en diferentes criterios: bases metodológicas, tipos de lenguajes, etc. Pero toda demarcación depende de la epistemología de base de los científicos, y especialmente del consenso entre los científicos, acerca de lo que queda dentro o fuera de su campo. Es decir, cualquiera sea el criterio de distinción entre la ciencia y la no-ciencia, la demarcación es principalmente una cuestión de significado.

Al decir, por ejemplo, que la problemática metafísica no tiene incumbencia dentro del ámbito científico, se está trazando una distinción, que en esencia, involucra la noción de significado.

Los científicos que se apartan de la epistemología porque la consideran «filosofía», deberían pensar que carece de significado toda cuestión relacionada a una supuesta realidad exterior, per se, dentro de la esfera científica, cuando validan sus argumentos observacionales. Carece de significado porque, sea cual fuese el «presupuesto» de base al respecto, el científico opera con «datos», y estos datos no son parte de la esfera de una realidad metafísica, sino parte del dominio de las descripciones del observador con relación a la experiencia observacional.

Dentro del ámbito científico, tiene significado el «cómo» y no el «qué», en términos de aquella realidad mencionada.

En el ámbito metafísico, lo que tiene significado es precisamente el «qué», porque tiene que ver con la naturaleza del ser. Por lo tanto, se centra la temática de la epistemología, en la esfera de lo que se designa el «cómo», y se acuerda una restricción a lo que se llamará dominio científico.

Reduccionismo y holismo:

El reduccionismo y el holismo son dos fantasmas comunes a toda investigación.

El primero busca las explicaciones al nivel de «componentes de base», en detrimento de la «complejidad de la totalidad».

En contraposición a esto, el holismo busca la explicación en el nivel de la «totalidad», sin prestar atención a los «componentes de base». Sin embargo, como señala Edgar Morin, el holismo depende de un principio tan «simplificador» como el del reduccionismo.

En el reduccionismo, se simplifica el todo por reducción a sus partes. En el holismo, inversamente, se simplifica el todo por reducción a las partes. Es una suerte de reduccionismo invertido.

En resumen, una actitud «parcelaria» se opone a una actitud «globalizante».

La actitud parcelaria, herencia del dualismo cartesiano, conduce al reduccionismo, y al fomento de compartimientos disciplinarios estancos, sin intercambios efectivos entre ellos.

Su contracara, la actitud globalizante u holística, heredada de la difusión en Occidente de la filosofía oriental (por ej. Budismo zen), conduce al reduccionismo «inverso» y a la búsqueda de una transdisciplinariedad aniquiladoras de disciplinas.

Bateson señala que, tanto el científico «materialista» (un reduccionismo mecanicista, en donde todo se reformula por la materia), como el espiritualismo trascendentalista (otro reduccionismo donde todo se explica por «el poder del espíritu sobre la materia»), son dos supersticiones rivales que encierran epistemologías contrapuestas.

Esos dos extremos tensionantes, esta falsa dicotomía entre reduccionismos de signo opuesto, se actualiza casi constantemente, y obliga a replanteos continuos en la demarcación del dominio científico.

Por ejemplo, Mario Bunge, desde una perspectiva materialista, considera que el psicoanálisis es una pseudo-ciencia, y que la única psicolo-

gía científica es la que fundamenta sus reformulaciones en la fisiología del cerebro (aunque se comprenderá que la multidimensionalidad y multicomplejidad de la conducta humana no puede reducirse a la fisiología cerebral).

En la vereda diametralmente opuesta, Paul Feyerabend, considerado por algunos investigadores, como «el peor enemigo de la ciencia», sugiere ver la ciencia como un arte. Afirma que: «La elección de un programa de investigación es una apuesta. Pero es una apuesta cuyo resultado no puede ser comprobado. El mundo en el que vivimos es demasiado complejo, para ser comprendido por teorías que obedecen a principios generales epistemológicos».

Afirmaciones como éstas sublevan a los científicistas extremos, y como dice Bateson, una postura realimenta a su antagonista a modo de feedback «positivo»: a más críticas de un lado, más críticas del otro, como en la carrera armamentista. Llegar a un óptimo entre esos extremos tensionantes de «rigor» y de «caos» es una tarea cotidiana.

Objetividad y subjetividad:

Jorge Wagensberg describe en éstos términos al operar científico: «La ciencia es una forma de conocer el mundo que empieza por separar el lector de lo escrito, el observador de lo observado, el sujeto del objeto. Es el primer principio del método científico: si el mundo es objetivo, el observador observa sin por ello alterar la observación; es la hipótesis realista.

El segundo principio que el científico asume tácitamente para elaborar ciencia, podría llamarse la hipótesis determinista: los sucesos del mundo no son independientes entre sí, exhiben ciertas regularidades, y causas parecidas producen efectos parecidos. Dicho de otro modo, en virtud del principio determinista, adquiere sentido el concepto de ley de la naturaleza.

Si el conocimiento que buscamos no es de leyes, sino de imágenes del mundo, abandonar el método científico puede ser muy recomendable, incluso puede convenir tomar principios radicalmente opuestos».

Este comentario de Wagensberg marca una ruptura entre dos modos de «ver el mundo». Por un lado, una ciencia determinista, realista, objetiva; y por el otro lado una ciencia de las imágenes del mundo.

Al abrir el panorama, Wagensberg conviene en que la ciencia es un modo de conocimiento, y en este contexto laxo cualquier vía es válida.

Quienes sostienen la tesis del «mundo verdadero», otorgan el poder de la verdad y de la objetividad a los objetos reales de ese mundo.

La «subjetividad» del sujeto cognoscente resulta, la mayoría de las veces, un impedimento para lograr aquella verdad. Negando esta disociación, se debe reconocer que **el sujeto conoce siempre, subjetividad mediante**. Subjetividad y objetividad requieren, una reformulación clara y precisa de sus alcances.

Cuando captamos una «realidad», por ejemplo un objeto, nuestra referencia a él es puramente ilusoria. No hablamos de ese objeto, sino del «percepto» (el objeto en tanto que percibido). No hacer esta distinción, (que ya Descartes y Leibniz hacen notar claramente), es una fuente de error constante en el científico. La falacia habitual consiste en creer que cuando se habla del objeto percibido, en tanto que percibido, se habla del objeto. En verdad, hablamos de nosotros, en cuanto sujetos perceptores de ese objeto en ese momento.

La existencia de dos realidades:

En el dominio de la teoría de la comunicación, Paul Watzlawick plantea en su libro *¿Es real la realidad?*, la existencia de dos realidades. **La realidad de primer orden**, referida a lo denotado, esto es, aquello a lo cual todos los humanos tenemos acceso a través de la experiencia; y **la realidad de segundo orden**, referido a lo connotado, está vinculada a la interpretación que cada sujeto hace de la realidad. El mismo autor dice que creer que la propia idea de realidad, es la realidad misma «es una peligrosa ilusión».

La realidad de primer orden se aproxima a la realidad del científico realista, en tanto que la realidad de segundo orden se incluye en la esfera de la subjetividad.

De todas maneras, numerosos autores dentro del contexto del realismo, han afirmado repetidas veces que ninguna delimitación entre ambas realidades, podría ser clara, precisa y contundente.

La realidad inventada:

Watzlawick mismo, en su obra titulada «La realidad inventada», dice: «Nuestra imagen de la realidad no depende de lo que es exterior a nosotros, sino que inevitablemente depende también de cómo concebimos esa realidad. La realidad supuestamente hallada, **es una realidad inventada** y su inventor no tiene conciencia del acto de su invención, sino que cree que esa realidad es algo independiente de él y que puede ser descubierta; por lo tanto a partir de esa invención, percibe el mundo y actúa en él».

Aquí Watzlawick admite una realidad inventada. Esta realidad construida, es la realidad que nosotros creemos que nos es exterior, pero en rigor, es un producto de nuestras propias construcciones.

Muchas corrientes que se denominan constructivistas, mantienen la disociación observador versus observado como principio de base para sus argumentaciones.

Epistemología de la relación:

Nuestra negación del «mundo verdadero» (sea cual fuese su status), se basa en un cambio en la tipificación lógica del problema, en donde el planteo gira en torno a buscar un contexto donde, la disociación observador vs. lo observado no sea significativa. Este contexto **es la relación entre el observador y lo observado**. De modo que la epistemología de la relación, surge como un contexto relacional ineludible.

Para la epistemología de la relación resulta inadmisibile la separación del sujeto en la construcción de la ciencia. Solo es concebible en este sentido, una ciencia que incluya al sujeto que la genera. El sujeto al configurarla, al hacer ciencia, es parte indisociable de ella (por más que se pretenda separarlo a favor de una supuesta objetividad que lo excluye arbitrariamente de su realidad).

La ecología de las ideas es el estudio de la relación entre el observador y lo observado. Por lo tanto, sin relación no hay ideas, y sin ideas no hay relación. Las ideas se generan, es decir surgen de la relación observador-observado. Ambos términos quedan subsumidos en un campo más integrador: la epistemología de la relación. La idea según este razonamiento, es el producto emergente de «actos de distinción» que ejecuta el observador en su entorno. Esta visión de la idea justifica a posteriori la

consideración del vínculo observador-entorno. La idea se vuelve un a posteriori dentro de este esquema, y no una instancia a priori, como lo es en la justificación platónico-cartesiana de este «mundo verdadero».

Tomando la relación observador-observado como punto de partida, (la idea emerge de la relación), nuestra manera de hacer ciencia cambia sus presupuestos de base y se evita la referencia constante a una supuesta «exterioridad de la verdad».

La ciencia aspira a ser un modo de percepción (según Bateson), y en este sentido no solo interesa la cuestión del conocimiento, sino también la de la acción. Por ello la ciencia de la relación, se sustenta en una epistemología de la relación.

La observación incluye al observador:

En un sentido más tradicional, el hecho de la observación excluye al observador (objetivismo), quien plantea sus hipótesis sobre la base de sus presupuestos teóricos. Se considera que esa hipótesis debe ser contrastada o refutada (validada) contra referente. Esta es una breve descripción de la vía hipotético-deductiva.

Imre Lakatos, popperiano disidente, rechaza la versión un tanto ingenua del falsacionismo de Popper, según la cual toda teoría debe considerarse falsa tan pronto se compruebe la existencia de una contraevidencia empírica y, en conformidad con tal comprobación, deba ser descartada. En lugar de esta posición tan radical, propone una actitud más tolerante que aplaza el abandono de la teoría hasta después de haber evaluado una serie de factores, en particular la consideración de que las teorías se desarrollan a través del tiempo.

De todas maneras, en 1930, Popper demostró que la probanza en ciencia nunca puede ser total: siempre puede haber un nuevo dato que rectifique o refute las teorías anteriores, de modo tal que a lo sumo podemos llegar a confirmaciones parciales, a veces de corte probabilístico.

Si hemos de cambiar de contexto argumental, debemos partir de la premisa relacional de que todas las ideas surgen de la relación observador-observado, por lo cual el hecho de observación incluye al observador.

Los datos que surgen como reformulaciones de la experiencia observacional (vía relación), permiten construir modelos sobre la base del marco teórico de referencia del observador. Es en ese marco de refe-

rencia que la validación tendrá sentido, y no con un referente exterior, ya que en este planteo, no hay «referente exterior».

Los productos de la observación (mensajes, datos, ideas) se recrean en el seno del marco conceptual del observador, y como señala Bateson, se obtiene una argumentación cuya validación ya no depende del hecho de la experiencia observacional vivida, al cual no se puede retornar (ya que es irrepetible), sino que depende de los criterios básicos aceptados en la producción de argumentaciones. Así, la argumentación no es forzada, sino consecuente con la teoría de base.

Partir del hecho de observación, donde el observador y lo observado constituyen una totalidad, debido precisamente a la relación que los conecta, implica subsumir las argumentaciones en un metanivel contextual. El cambio de perspectiva es notorio, ya que el científico deja de tomar el «método» como una receta rígida y homogeneizante, a la cual todos deben adherir.

El método depende ahora de la flexibilidad de los criterios en juego, dentro del marco teórico de referencia del investigador, siempre inmerso en los hechos de experiencia de los cuales participa.

Ese observador siempre presente puede, si lo desea, considerarse ajeno o no a la observación cuando pasa al plano de la validación de sus argumentos.

Pero, en el plano de la experiencia vivida, el observador nunca podrá negar que es él quien observa.

Epistemologías alternativas:

La epistemología entonces, tiene que ver con la comprensión, el entendimiento y la reflexión. Si la teoría comanda las actividades prácticas, la epistemología deviene en la más «elemental» de las teorías de base. Tiene que ver con el conjunto de reglas mediante las cuales un sujeto construye sus experiencias. Dentro de este vasto campo, la epistemología fluctúa entre una posición teorizante (un polo doctrinario) y una posición pragmatizante (un polo operacional).

Estos dos polos mencionados, no son más que los extremos de un abanico de posibilidades de expresión, en diferentes campos particulares, de una idea básica de epistemología. Esto justifica hablar de epistemologías, y así mismo de epistemologías alternativas.

Se puede pensar entonces, en la posibilidad de unificación de criterios, de diagonalización de conocimientos, transferencia de ideas, modelos de corte abductivo, etc. **La epistemología debe ser por lo tanto inter / trans / multidisciplinaria.**

Se ha planteado que el observador es una parte constitutiva del sistema observacional. Heinz von Foerster denomina **epistemología cibernética de segundo orden** a esta postura epistemológica, donde el observador se incluye reflexivamente en la observación. Esta cibernética se contrapone a una **epistemología cibernética de primer orden**, o cibernética de los «sistemas observados», donde se excluye al observador.

Todo lo dicho es dicho por un observador:

Se asume que la «objetividad» puede resumirse en la frase: «las propiedades del observador no deben entrar en la descripción de sus observaciones». Esta proposición se derrumba cuando se pregunta: «¿cuáles son las propiedades del observador?». Al hacer esta pregunta se pone en duda la afirmación anterior, dado que al tratar de especificar estas propiedades, se debe hacer ingresar al observador en la observación, para poder excluirlo en aras de la objetividad. ¿Cómo sería posible hacer, en principio, una descripción, si el observador no tuviera propiedades que permiten que una descripción sea hecha?

Al hablar de una realidad, se pone énfasis en que se trata de «una realidad para el observador», y no de la realidad supuestamente exterior a la que el observador accede. La frase de Maturana: «Todo lo dicho, es dicho por un observador» resume esta postura.

Tipos epistemológicos:

Maruyama concluye, luego de una serie de estudios sobre cognición, planificación, conceptualización, toma de decisiones etc., que: «se hizo cada vez más evidente que la elección de un tipo de modelo causal en una investigación, depende del tipo epistemológico del investigador, el cual está relacionado con sus características personales y su bagaje cultural».

Maruyama llama estilos cognitivos, paradigmas, epistemologías o mindscapes (paisajes de la mente), a los tipos epistemológicos, los cua-

les pueden cambiar de persona a persona, de profesión a profesión, de grupo social a grupo social, de cultura a cultura, etc. Especifica cuatro tipos básicos con las letras H, I, S y G. Las principales características de estos cuatro mindscapes son:

Tipo H: Componentes homogenísticos con conexiones jerarquizantes. Procesos clasificatoriales. Tendencias universalizantes. Similitud y repetición de formas en series determinísticas. Especialización atomística. Definiciones por extensión. Identidad por oposición. Tensión, permanencia, competitividad. Una única verdad objetiva.

Tipo I: Componentes heterogenísticos con conexiones individualistas. Procesos aislacionistas. Tendencias personalizantes. Series aleatorias, sin orden, eventos independientes. Especialización atomística. Definiciones por capricho. Identidad por disociación. Indiferencia, temporalidad, separación. Subjetividad personal, individual.

Tipo S: Componentes heterogenísticos con conexiones mutualistas. Procesos interactivos. Tendencias morfostáticas-homeostáticas. Series con simultaneidad contextual. Beneficios mutuos por la estabilidad. Entramado estable de relaciones, convertibilidad, trabajo rotativo. Cooperatividad, continuidad, mantenimiento. Definiciones por estabilidad de formas. Multiobjetividad poliocular.

Tipo G: Componentes heterogenísticos con conexiones mutualizantes. Procesos interactivos. Tendencias morfogenéticas, desviantes. Series con simultaneidad contextual. Beneficios por la diversidad. Relación con apertura al cambio. Convertibilidad, trabajo rotativo. Definición por desarrollo. Flujos, creación, co-generatividad. Multiobjetividad poliocular.

Aspectos disfuncionales:

Contrariamente a la creencia generalizada, de que los modos culturales de construcción de la realidad son satisfactorios en sí mismos como «cosmovisión», Maruyama ha destacado los aspectos disfuncionales de algunas epistemologías en una cultura, organización social, e incluso en individuos. Tales aspectos comprenden:

- 1- Falta de funcionamiento (dysfunction).
- 2- Funcionamiento erróneo (misfunction).
- 3- Performance en niveles bajos de funcionamiento (underfunction).

- 4- Funcionamiento en uno u otro de esos dos sentidos (malfunction).
- 5- En algunos casos, funcionamientos perjudiciales (toxifunction).

Por ejemplo, una política educativa que favorece la transmisión verbal de mensajes categorizados, en una secuencia preestablecida, se corresponde con una tendencia del tipo H. En los tipos S y G la educación se basa en un aprendizaje experimental, en el contexto real de una situación, en donde muchas cosas pueden ocurrir simultáneamente. Según Maruyama, muchas escuelas en el mundo, incluidas las japonesas, tienen una política de enseñanza donde el tipo dominante oficial es el G.

Los sujetos con otros mindscapes están en desventaja, porque tal modelo de aprendizaje les resulta inoportuno, lo cual significa que es disfuncional para una proporción no especificada de la población de cualquier país.

En el plano de la actividad científica, si domina el tipo H en la ciencia oficial, los investigadores con otros mindscapes (la epistemología cibernética corresponde a los tipos S y G), se hallan en una clara desventaja, y llegan a verse en situaciones «disfuncionales».

Sobreviene entonces para estos investigadores, una visión displacentera, una epistemología de la frustración que puede derivar en una condición «toxifuncional». Una educación y una ciencia «tóxicas», en este sentido, orientarán acciones en todas las esferas culturales que se desprenden de ellas. Quizás, gracias a estas alteraciones toxifuncionales, algunos investigadores puedan alertar sobre la disfuncionalidad o la afuncionalidad del paradigma disociante, en el contexto de la ecología de las ideas*.

La presencia del sujeto que investiga:

Los científicos suelen olvidar que «ser científico», implica compartir un modo de pensamiento y de acción que los define como ser-de-algún-modo.

A veces se tiene la sensación de que la ciencia descansa sobre cierto ideal ascético, cuyo presupuesto de base se apoya en cierto empobrecimiento de la realidad. Ese ideal ascético, parece promover los esfuerzos, hacia la presentación de conocimientos acabados sobre ciertas realidades. ¿Es esto posible?

Los miembros de la cultura occidental, solemos creer que sabemos como son las cosas, aunque no sabemos como es que sabemos eso.

Cuando nos enfrentamos a una supuesta «realidad», y las cosas no son como deseamos, nos sentimos legítimamente frustrados. Ante tal situación, lo mejor que podemos hacer es aproximar el saber al deseo, aunque esto implique cambiar muchos de los presupuestos del ideal ascético. En ese punto la ecología de las ideas* parece una posibilidad.

Asumiendo que nuestro ideal científico se conecta con nuestro deseo de saber, los investigadores deberíamos iniciar el «cambio», empezando por expresar en forma explícita, las operaciones y cadenas de razonamiento que ponemos en juego en la formulación de los hechos, y en la reformulación enunciativa de sus posibilidades explicativas. Esto implicaría explicitar lo obvio: **la «presencia del sujeto»** que investiga con sus deseos e intenciones.

Cuando un científico sostiene una idea es porque esa idea queda configurada, en su origen, al intervenir no solo las categorías que organizan su conocimiento, sino también sus deseos personales. Dentro de esta doble articulación, juega igualmente un papel ineludible la identificación de la idea «dentro» del universo de significación propio del grupo social y cultural al que pertenece el científico. Así, la arqueología del saber individual, refleja otra doble articulación, pero de nivel superior: dos conjuntos de rasgos, los propios y los de su grupo.

El investigador posee un «estado mental», personal, particular, que contamina las interpretaciones que realiza acerca de sus hechos de observación. La interpretación de su realidad, la que podemos entender como una imagen consensuada de relativa estabilidad, producida por los sujetos que integran la sociedad, es lo que reglamenta el consenso.

Hacer consciente tales contaminaciones, permite ejercer cierto control del discurso. Este control es el que permite configurar la idea sobre la cual se sustenta el edificio de la reconstrucción del pensamiento y de los razonamientos expresados en mindscapes, cartografías, mapas cognitivos, etc.

Relativismo cultural:

Desde este punto de vista, no tiene sentido preguntarse si habría una «pluralidad de visiones sobre la realidad», inherente a la noción de

«relativismo cultural». Al revés, el relativismo cultural implica que distintos «marcos conceptuales» y diferentes «realizaciones individuales» generan aquella pluralidad de visiones. El relativismo reside en «cómo» se genera el producto y no en el producto mismo.

Con esto se quiere decir que si hubiese una realidad única, con diferentes vías de acceso posibles, ningún investigador podría ver lo vasto de esa realidad al mismo tiempo y desde todos sus ángulos. Así, cada investigador de cada sociedad, adhiere a una «imagen de realidad», puesto que en última instancia esa realidad es una **«construcción»** que los sujetos realizamos desde algún lugar y según una perspectiva particular. Sería absurdo suponer contextos reales «per se» a los cuales cada cultura accede de modo diferente.

En cada sociedad, **los sujetos co-construyen la idea de realidad**, en el propio compartir de las experiencias personales. Esta idea explicita el consenso en cuanto al «universo de significación», y también, en cuanto a la responsabilidad de las acciones.

Los hombres no solo estamos sujetos a «leyes naturales» (en el sentido de que somos nosotros, los hombres, los que establecemos las leyes de la naturaleza), también estamos sujetos a conjuntos de alternativas, capacidades y componentes culturales, en y desde los cuales «decidimos» como actuar.

Por lo tanto, se busca entender «como» otros sujetos construyen su realidad, lo cual implica aprender a reconocer nuestras propias configuraciones y los estados mentales que las hacen posibles. Se trata de saber porqué hacemos determinadas cosas, como las hacemos y cuantos modos posibles de realizaciones hay, sin que por ello se pierda la estabilidad psíquica y social de los sujetos.

En este esquema se diluyen campos de conocimiento tradicionales, para proponer otros nuevos campos, teniendo en cuenta las relaciones y los contextos, y no las supuestas cosas en sí mismas, de las cuales en rigor nada podemos decir.

Desde un punto de vista comunicacional / informacional, la observación científica comporta cierta organización, que inevitablemente, emerge de la relación del observador con lo observado. Esto puede definirse como la relación «observador-entorno», ya que lo observado es parte del entorno del observador.

Observación y descripción:

Como todo hecho observacional es irrepetible (no vemos dos veces lo mismo); una nueva observación sobre un mismo referente, es ya una nueva observación.

En una vía reflexiva, volver sobre un tema anterior, no es volver sobre el mismo tema. Ya es otro tema: ha sido reformulado, criticado, expandido en sus posibilidades y constreñido en ellas también.

Una descripción de la observación, desde un punto de vista científico, requiere considerar a dicha situación (observación) como fenómeno a explicar. Esta consideración que aparentemente es «obvia», requiere ser explicitada.

Se acepta que una explicación, en su sentido más general, es una reformulación del fenómeno a ser explicado. También en la misma línea argumental, se acepta que el fenómeno a explicar surge necesariamente de la observación. En la observación el fenómeno se distingue y se delimita como tal, es decir se formula a modo de pregunta que requiere respuesta.

Esta respuesta es la reformulación, es decir una explicación del fenómeno observado.

Sobre estas consideraciones, es posible trazar una diferencia entre un plano observacional / experiencial / fenoménico, donde el fenómeno se formula; y un plano argumental / explicativo, donde el fenómeno se re-formula.

Los modelos tienen un carácter de «como sí»:

Esa diferencia entre el plano observacional y el argumental, es la que permite afirmar que los modelos (construcciones explicativas) sobre los fenómenos, tienen un carácter de «cómo sí».

En cuanto a las características de los modelos, se puede mencionar que todo modelo es una representación, una analogía. El modelo representa el fenómeno a explicar, pero no lo contiene ni lo reemplaza. Como señala Bertalanffy es un «como sí». Es decir, es «como sí» fuese el fenómeno pero no lo es.

Debe hacerse explícito el camino desde la formulación del fenómeno (pregunta), a la explicación del mismo (respuesta); es decir el recorrido desde el plano fenoménico al argumental.

Desde el punto de vista de la tipificación en niveles lógicos, la esfera del territorio es Real, la esfera de la información generada es Simbólica y la del mensaje es Imaginaria. Por ello, creerse observador «fuera de campo» es Imaginario, ya que la condición del observador «en su campo» es Real, desde lo Simbólico.

La ruptura entre el plano observacional y el argumental (pasaje del hecho al argumento), es una vía sin retorno (porque el hecho es irrepetible, porque la información surge de una asimetría que constituye la irreversibilidad del tiempo, porque el mapa no es el territorio, y en definitiva porque ha sido transformada).

Los datos no son jueces de los hechos:

Son muchos los investigadores que piensan en la experiencia, como «fuente de toda razón». También, no son pocos los investigadores que creen que, tanto la experiencia, como el cúmulo de datos obtenidos desde ella; constituyen de por sí el test diagnóstico desde el cual se verifican los resultados de un estudio determinado. Ambos tipos de investigadores olvidan que «los datos no son jueces de los hechos».

Para el «historicismo», la historia y la sociedad son objeto de un saber diferente al de las llamadas «ciencias naturales». Mientras éstas tratan de regularidades generales, las denominadas «ciencias del espíritu», son esencialmente ciencias de lo singular, de lo particular, de lo único. La distinción popperiana entre «saber teórico» y «saber histórico», coincide con la de Gournot cuando diferencia «ciencias nomotéticas» o generalizantes, y «ciencias idiográficas» o individualizantes.

El carácter «idiográfico» del llamado saber histórico-social, y la formulación de un método específico para las ciencias del espíritu se funda, entre los historiadores, en una distinción anterior y fundamental: la distinción entre el reino del espíritu, del alma o del psiquismo; que constituye un dominio de la realidad en cierto sentido separado y autónomo, diferente del reino de las cosas físicas.

Así se constituye una hipótesis ontológica, basada en una necesidad del dualismo metodológico y en la distinción de formas del saber.

El método hipotético-deductivo y el empírico-inductivo:

La consagración del método hipotético-deductivo como única forma de hacer ciencia resulta, desde todo punto de vista, un reduccionismo, fundado en simplificaciones o en distorsiones de los procesos de investigación.

Las hipótesis, los principios explicativos, los criterios, no caen organizados desde el cielo, listos para generar deducciones, predicciones o retrodicciones que sirven para justificar su valor empírico.

Es fácil mostrar, en cambio, que toda hipótesis sobre tal o cual conjunto de hechos, constituye el resultado de **procesos de construcción por ensayo y error** (multistage methods), donde inducción y deducción entran alternativamente en juego hasta que cierto «acuerdo» se establece entre los hechos movilizados, al principio y al final del proceso.

En rigor, inducción y deducción no pueden aspirar al rango de métodos, más bien resultan momentos alternantes en una secuencia global.

Sería más correcto hablar de abducción, una actitud emparentada con aquéllas, pero de distinto nivel lógico, ya que en un marco general se subsumen ejemplos particulares, que allí adquieren significado.

El método hipotético-deductivo es un modo elegante de racionalizar la mitad del circuito: la fase en la cual los datos son presentados, como prueba a la hipótesis. Pero la generación de los datos es inductiva. El análisis de discurso, tal como lo aplican Lagrange y Renaud, es una herramienta importante para evidenciar las incorrecciones de las construcciones hipotético-deductivas.

Causalidad y aleatoriedad:

La causalidad (presencia de causa) y la aleatoriedad (ausencia de causa), son principios antagónicos que se podrían considerar como los extremos opuestos de un abanico de posibilidades, donde, en el extremo de la causalidad, se cuenta con la posibilidad de definir la causa que promueve el efecto.

En el extremo opuesto, el del azar absoluto, no se tiene la posibilidad de establecer conexión causal de ningún tipo. Sin embargo entre un extremo y el otro, se pueden especificar un sinnúmero de situaciones, donde la causalidad no se afirma pero sí se establece una forma de argumentación más flexible, en la cual se aproxima la causalidad, o se especifica

cual de las posibles causas es la más probable. Así se generan los **modelos de tipo probabilista**.

Al nivel de los tipos de modelos, todos los principios de base remiten al determinismo, en tanto se aplica la ley de causalidad. Excepto el caso del azar, donde el tipo de modelo es, por ausencia de dicha ley, un modelo indeterminista.

En el caso del probabilismo, no es posible especificar el suceso A o el suceso B como causa y efecto, pero sí es posible tomar en consideración un conjunto de sucesos como causas posibles, y otro conjunto de sucesos como efectos posibles.

Es en éste último modelo probabilista, donde se podrían incluir los distintos modelos epistemológicos en los que se sostiene la psiquiatría como ciencia.

Multidimensionalidad y multicomplejidad del sujeto humano:

Hoy, más allá de las diferentes tendencias teóricas, nos rendimos ante la evidencia de la multidimensionalidad y multicomplejidad del sujeto humano, que integran orgánicamente distintos aspectos de su totalidad. Por lo tanto, las ciencias que estudian cada uno de esos aspectos por separado, deberían funcionar **interdependientemente**, para evitar caer en una visión parcializada, inorgánica, y por eso mismo falsa, de la dimensión compleja del hombre que constituye su objeto de estudio.

El fin de la vieja antinomia entre naturaleza y cultura, y el reconocimiento del carácter humano de la verdad, permitirá fundar una ciencia humana más integrada. Como dice Edgar Morin: «el hombre es un ser cultural por naturaleza, y a la vez un ser natural por cultura».

No se puede construir una ciencia sin sujeto. Sujeto significa estar agarrado, estar amarrado, estar sujeto. Por lo cual es impensable una ciencia que excluya al observador de la observación científica.

Un cambio epistemológico:

Toda petición de inclusión del sujeto en la ciencia, puede convertirse en una máscara simplificadora, si no se asume un cambio epistemológico:

un cambio en nuestros hábitos de pensamiento, conocimiento, conducta y decisión.

Este cambio epistemológico implica una reconstrucción racional, pero no solo eso. Implica también una reconstrucción del significado de nuestros pensamientos y acciones, una reconstrucción ética y estética, y una resignificación conceptual y emocional.

Si se ingresa la idea de sujeto a la ciencia, se debería redefinir ciencia; es decir generar un nuevo concepto de ciencia, que contendría dos premisas necesarias con relación al sujeto. La primera es que el sujeto está presente, y, si lo está, el sujeto debe hacerse cargo de que está presente. La segunda es que se debe establecer una correlación entre deseo e intención por un lado, y nuestras construcciones teóricas por otro. Estas últimas van a revelar, en definitiva, los deseos e intenciones del observador.

Esto marca el fin de la falsa dicotomía objetividad vs. subjetividad. **Es decir que, a esta altura de la historia de la ciencia, ya no se puede postular una ciencia sin sujeto. Toda ciencia es de / por / para el hombre.**

Pensemos que nos ocurre a nosotros, sujetos, cuando pensamos que pensamos, cuando decimos: «estoy pensando que pienso». Bien, creemos que la raíz de la objetividad reside en esa idea. No se trata de una objetividad independiente del sujeto, sino, por el contrario, se trata de una objetividad del sujeto. Cuando yo, sujeto, me pienso como sujeto que piensa, me estoy objetivando.

No se cuenta con ningún medio para verificar que, en un estudio dado, se tengan en cuenta todas las posibilidades observables, en el contexto del hecho experiencial recortado como unidad. Nuestros tests empíricos solamente consisten en prospectar sectores, zócalos, periferias, que nos permiten establecer cierto grado de estabilidad observacional. Tal estabilidad es un indicador grosero para definir nuestra apuesta inicial: tratar de comprender un cúmulo de datos dentro de la «tormenta experiencial». Estabilidad no implica repetición. Desde Poincaré se debe asumir que todo hecho de experiencia es irrepitable.

Muchas veces se oye hablar de revoluciones en los pensamientos científicos, nuevos paradigmas, etc. Ellos implican, por lo general, más que cambios en los marcos teóricos de referencia, ciertas reorientaciones metodológicas o tecnológicas. Nuevas formas de hablar sobre viejos problemas. Es en ese sentido, que una construcción teórica puede considerarse nueva, revolucionaria, etc., o en su defecto una reactualización. Por

ej. Einstein no derrumbó, como muchos pensaron, la mecánica newtoniana, solo introdujo correcciones en algunos de sus aspectos.

Por lo tanto, no existe ninguna batería de métodos formales, que permitan indicar cuales son las decisiones correctas en la selección de unidades, de rasgos, de atributos, variables descriptivas, proposiciones enunciativas, etc., que conduzcan, en todas las circunstancias, a construcciones teóricas satisfactorias dentro de la perspectiva científica tradicional.

Nuestro pensamiento está socialmente condicionado:

Es necesario reconocer también, que nuestro pensamiento está socialmente condicionado, y aquí el concepto mismo de condicionamiento social implica una atadura. Superar esta dificultad, significa recurrir a un método que permita controlar nuestras manchas contaminantes, es decir los valores preexistentes proyectados en toda investigación.

El pensamiento socialmente condicionado, está atrapado por un principio de especificación histórica, precisamente por lo cual nos resulta difícil el ingreso a otros universos de significación.

El condicionamiento social hace su trabajo antes que una familia, un grupo o un sujeto; tenga la posibilidad de formar su propia visión del mundo. Si la estructura de la mente se concibe como un modelo mental, el cual siempre es alguna forma de vida social, algún orden social ha impreso su marca en los sujetos que la conforman; entonces no es posible imaginar una familia, un grupo o un sujeto, desarrollando su propio condicionamiento de ideas. Estas agrupaciones funcionan en la vida, y por lo tanto en el pensamiento, dentro de una situación social definida, primero para ellas, luego por ellas, y finalmente con ellas.

Construcción de puentes y convergencias inter / trans / multidisciplinares:

En la actualidad se asume que la actividad científica, requiere **rigor** en sus construcciones teóricas (argumentos, modelos, teorías). Pero sabemos que toda actividad científica requiere buenas dosis de **imaginación** en la generación de ideas novedosas. El rigor y la imaginación son dos requisitos indispensables del operar científico.

La imagen cientificista de la ciencia rígida, alejada de toda idea creativa, persiste hoy en distintos contextos académicos. Sin embargo, desde el advenimiento de la ecología, de la termodinámica no lineal de procesos irreversibles y de la epistemología cibernética de segundo orden, científicos de diversas áreas han necesitado una cuota de imaginación insospechada, para saltar las vallas disciplinarias tensionantes que separaban los territorios académicos, y así favorecer intercambios y convergencias.

La conducta humana puede resultar un campo fértil, para romper con la división tradicional entre las llamadas ciencias naturales y humanas. Si bien actualmente no hay un dominio cognoscitivo integrado en torno a la conducta humana, **es cada vez más evidente la necesidad de puentes y convergencias inter / trans / multidisciplinares** entre psiquiatras, psicólogos, psicoanalistas, sociólogos, biólogos, neurobiólogos, ecólogos, antropólogos, etc. Estas convergencias inter / trans / multidisciplinares no implican alejarse del rigor de la ciencia.

Los científicos deberíamos optar por una estrategia flexible. Una fluctuación entre dos extremos que resultan tensionantes: el rigor absoluto generador de dogmas y anticiencia por un lado; y la imaginación anárquica, ruidosa y entrópica por el otro. Así, mientras el programa de la ciencia de la conducta humana requiere ser riguroso respecto de su teoría de base, las estrategias de dicho programa necesitan flexibilidad de acuerdo con las circunstancias particulares de cada investigación.

Si se opta por estas ideas precedentes, se evitarían muchos tipos de reduccionismos como:

- 1- Al estudiar la conducta de ratas y de palomas, podremos explicar la conducta humana (como fue el sueño de muchos conductistas).
- 2- Podremos explicar la conducta humana o animal, a partir de sus elementos bio-moleculares complejos (según parece ser el sueño de muchos socio-biólogos).
- 3- La conducta del hombre puede explicarse con prescindencia de su estructura biológica (como sigue siendo el sueño de muchos psicologistas).

Aquí nuevamente el recurso de la imaginación se hace fundamental, para flexibilizar opiniones que, ciertamente, rayan en el dogmatismo. Pero es necesario el recurso del rigor, para encuadrar las posibles convergencias en el dominio científico. Unificar criterios no es imposible. Un ejemplo claro de la flexibilidad necesaria lo constituye Gregory

Bateson, quién indagó sobre la conducta humana en sus investigaciones antropológicas en Nueva Guinea, y en sus estudios psiquiátricos en Palo Alto, California; e igualmente desde una misma teoría de base, indagó sobre la conducta en cetáceos y otros mamíferos.

Cuando un concepto se emplea en distintos dominios científicos, puede considerarse **diagonal**, porque se parte de la base de que a través de él, puede ser posible la construcción de un puente interdisciplinario. O al menos alguna calidad de convergencia. La conducta en este sentido es una idea diagonal, aunque pocas veces se ha aprovechado esta diagonalización conceptual para estrechar vínculos convergentes entre disciplinas diferentes.

Dobles descripciones:

Siempre al hablar del estudio de la conducta, estamos ejercitando dobles descripciones. Una de las descripciones se refiere a la conducta como objeto de estudio, y la otra a la conducta nuestra, como sujetos observadores de esa conducta. Reformulemos estas dobles descripciones como, por un lado, la descripción de la conducta observada y, por otro lado, la descripción de la conducta de observación. Si asumimos esta primera condición, debemos estar preparados, al observar la conducta de otros, a explicitar nuestra conducta como observadores, esto es, como realizamos la observación y cual es la idea de conducta desde la cual observamos.

Darwin decía que: «no hay observación sin teoría», por lo cual refuerzo esta cuestión de que la observación como conducta, es orientada por una teoría de base. Con esto no se pretende afirmar que la teoría «determina unilateralmente» aquello que hemos de observar: es por todos sabido como la observación retroalimenta la teoría de base, corrigiéndola o reafirmandola. Sí, resulta importante afirmar que toda observación se realiza dentro de un contexto teórico que le da sentido. De esto se desprende, que siempre al hablar de la conducta es necesario hacer explícito desde donde hablamos de ella.

Esto es absolutamente relevante a la hora de definir la conducta. Una vez aclarada la cuestión de la teoría de base y de las dobles descripciones, solo resta al observador ser explícito en la metodología descriptiva

que se aplicará para reformular sus observaciones. Metodología orientada por la teoría de base y coherente con las observaciones realizadas.

Cartografiado científico:

Según lo anterior, será posible establecer un cartografiado científico de la observación como fenómeno a explicar. En el camino de la secuencia argumental explícita, es necesario introducir algunas restricciones que operen de normativa en la delimitación del dominio de significación de lo que aquí se considera como científico:

- 1- **Sin contexto no hay significado:** una acción o un pensamiento son significativos únicamente en el ámbito donde se realizan, y no necesariamente en otro ámbito.
- 2- **Hacer ciencia es explicar:** como dominio cognoscitivo, la ciencia se distingue de otras regiones del conocimiento por su forma de explicar. Esto es, de producir argumentaciones claras y explícitas, a través de procedimientos que reformulen las observaciones en descripciones, y éstas en modelos y teorías.
- 3- **El mapa no es el territorio:** esta afirmación trata de establecer la ruptura entre el plano observacional (donde se formula el fenómeno), y el plano argumental (donde el fenómeno se reformula). El mapa, como modelo de la experiencia, no es la experiencia observacional vivida. El hecho observacional es irreplicable, como afirmaba Henri Poincaré.
- 4- **La información orienta las acciones:** desde el punto de vista comunicacional, la información emerge de la relación del organismo-entorno, a partir de las distinciones del organismo. La información generada, orienta los esquemas de acción que el organismo ejecuta, en tanto que es sujeto de sus acciones. Estas acciones serán «significativas» en el ámbito de la relación organismo-entorno, porque deben ser biológicamente conservativas de aquella relación.
- 5- **Si un organismo destruye a su entorno, se destruye a sí mismo:** el punto de partida de toda organización viviente es la relación organismo-entorno, que constituye la unidad de ecosistema mínima. Esta restricción es una premisa ecológica fundamental.

La ruptura entre el plano observacional y el argumental (pasaje del hecho al argumento), es una vía sin retorno (porque el hecho es irrepetible, porque la información surge de una asimetría que constituye la irreversibilidad del tiempo, porque el mapa no es el territorio, y en definitiva porque ha sido transformada).

Como señala Keeney es necesario (puesto que está en juego nuestra supervivencia), que se hagan explícitas y se comprendan las bases epistemológicas que subyacen a todas nuestras pautas de conducta, nuestras acciones, nuestras percepciones y nuestras conceptualizaciones teóricas acerca de esas percepciones. Esta es la única vía para comprender la porción no comprendida de nuestra experiencia, esto es, como se «construye».

La epistemología cibernética:

Para aclarar esta cuestión, se debe introducir en escena un nuevo personaje: la cibernética. Este tipo de explicación marca la diferencia entre dos grandes tipos o clases de epistemología, que Keeney denomina lineal-progresiva (sin retorno) y recursiva (su opuesta) tomando a Bateson. El principio de recursividad es el que define la propuesta cibernética.

Esta recursividad permite «puntuar» la mente en su contexto autorreferencial, y permite a su vez la posibilidad de que el observador retorne a sus mecanismos de observación, como un elemento más de lo que se denomina «sistema observacional» (observador-entorno). No se podría hablar de recursividad sin esta posibilidad recursiva del observador.

El observador forma parte constitutiva del hecho de observación. Von Foerster llama «epistemología cibernética de segundo orden» a esta postura, por oposición a la «epistemología cibernética de primer orden o cibernética de los sistemas observados» en donde el observador es excluido.

Este punto es el que separa una perspectiva relacional, de una perspectiva bioenergética.

Las epistemologías bioenergéticas consideran al observador fuera del campo de observación.

Las epistemologías lineal-progresivas son denominadas por Maturana y Von Foerster «cibernética de orden cero» (por ausencia de un principio de recursividad). En ese mismo esquema, la epistemología cibernética de primer orden excluye al observador y la de segundo orden la incluye.

En ocasiones, se considera a la «cibernética de segundo orden» como una ciencia post-moderna, en oposición a las posturas bioenergéticas (modernas).

Para referirme a esta cuestión de modernidad, post-modernidad y aún de una premodernidad, es necesario hacer algunas consideraciones.

Berman habla de un pensamiento participativo (**premoderno**), donde el hombre estaba consustanciado con su entorno, en la que el universo es finito, cerrado, las explicaciones son teleológicas, todo movimiento refiere a un motor que lo impulse, la materia es continua, el tiempo es estático y la naturaleza está viva (vitalismo). Ubica temporalmente esta cosmovisión (una epistemología) en tiempos medievales, donde la ciencia era magia o alquimia.

La **modernidad** supone un cambio de paradigma que comienza con Newton y Descartes. El universo se torna infinito, las explicaciones se vuelven atomísticas y la materia es discontinua, el movimiento se explica por la inercia, el tiempo es lineal-progresivo y la naturaleza es mecánica y cuantitativa. Esta perspectiva epistemológica sería la que guió los mecanismos de la ciencia hasta la actualidad. Pero esto no implica que el pensamiento participativo (premoderno) haya desaparecido, por el contrario subsiste en el seno de la ciencia moderna oculto y ocultado.

La **post-modernidad** (que Berman llama «reencantamiento del mundo»), no consiste en olvidar el paradigma cartesiano para volver a la alquimia medieval, sino tomar conciencia de esa participación subyacente y latente, para recrearla, tomando como base la modernidad (de la cual somos producto), pero principalmente generando una nueva epistemología (Bateson es uno de sus constructores), donde nos alejamos de las disociaciones que tanto mal han generado al siglo XX, empezando por crisis conceptuales y terminando por la crisis ecológica.

Llámesese «post-modernidad», «epistemología sistémica», «epistemología cibernética de segundo orden» o «epistemología relacional», debemos ser conscientes de la necesidad de reflexión, y la comprensión de que el mundo en el cual vivimos no nos es ajeno, sino que es el mundo que nosotros construimos en nuestra experiencia. La reformulación de la experiencia vivida es necesariamente una epistemología.

El realismo científico:

Se ha hecho referencia a una realidad, a partir de la cual las diferencias se nos presentan desde el exterior como algo con existencia «per se». En este punto los presupuestos que servían de base a ese argumento son:

- 1- La existencia de una realidad objetiva independiente del observador.
- 2- La existencia de una composición de diversidad en los objetos de esa realidad, es decir la presencia de discontinuidades reales entre los objetos.

El planteo de una realidad independiente de la conciencia, en términos de existencia, surge del ámbito metafísico.

En este contexto los **realistas** sostienen que hay cosas reales con independencia de quien las observa, y los **idealistas** sostienen la tesis inversa, no hay cosas reales independientemente de la conciencia.

En nuestro medio se considera que la actividad científica debe apoyarse en una postura realista, en la que se privilegia al objeto como entidad en sí misma. Esta posición la presenta entre otros, Mario Bunge en algunos de sus trabajos.

Pero aún se está lejos de considerar al realismo, como la solución válida para todos los problemas de la actividad científica.

La existencia de una ciencia que excluye al observador, ha sido cuestionada en diversos ámbitos del conocimiento como la psiquiatría, la psicología, el psicoanálisis, las ciencias de la comunicación, las ciencias cognitivas y de la conducta, e inclusive en las ciencias biológicas, como lo demuestran los trabajos de Maturana y Varela entre otros.

Epistemología cibernética de segundo orden o relacional:

En este sentido surge una posición epistemológica que trata de evitar la disociación entre el investigador (observador) y su objeto de estudio (una porción de la «realidad»). Se ha denominado a esta postura «epistemología cibernética de segundo orden» o «epistemología relacional», en la que se incluye al observador en contraposición a la «epistemología cibernética de primer orden» que lo excluye.

La epistemología cibernética de segundo orden, al incluir al observador dentro del «sistema observado», considera que ambos constituyen

una misma realidad a partir de las relaciones que se establecen entre ambos, en el acto de conocimiento.

El conocimiento se presenta entonces, como **una relación** entre un sujeto (observador) y un referente de observación (objeto, sistema). Por lo tanto, ambos términos de la relación de conocimiento no se mantienen separados uno de otro, sino que es la «relación» la que los mantiene unidos en el seno de un sistema, dentro del cual observador y observado son partes constitutivas.

Si el conocimiento supone una relación sujeto-objeto, el verdadero problema del conocimiento consiste en el estudio de esa relación.

En el afán de buscar un centro de gravedad para el problema del conocimiento, se ha considerado al sujeto (subjetivismo), o al objeto (objetivismo), como causales de la relación cognoscitiva. Sin embargo, la subjetividad es constitutiva del sujeto, así como la objetividad es constitutiva del objeto. En un planteamiento como el de la epistemología relacional, ambas posiciones coexisten desde una nueva perspectiva.

El centro de gravedad del conocimiento está precisamente en la «**relación sujeto-objeto**», por lo tanto todo acto de conocimiento está co-determinado a partir de los términos de esta relación.

Esta posición se encuentra alejada tanto del objetivismo como del subjetivismo (en términos gnoseológicos), como del realismo y del idealismo (en términos ontológicos). Estas propuestas se basan en la disociación entre un sujeto cognoscente y un objeto conocido.

En términos de una epistemología relacional como la que se sostiene, ambos términos se hallan comprometidos por igual en la co-determinación del conocimiento.

De no considerar el acto de conocimiento desde una epistemología relacional, se puede incurrir en un reduccionismo, y ubicar la realidad, o bien en el sujeto, o bien en el objeto.

La realidad es una co-construcción:

Si se considera la realidad como un sistema, cuyos componentes son el sujeto y aquellos objetos con los que interactúa en su ámbito de experiencia, se puede prescindir de las controversias anteriores y centrar nuestro interés en las relaciones que los constituyen, en el seno de dicho sistema.

Desde una epistemología relacional tanto el observador como lo observado, son dos partes indisolubles e indispensables para el establecimiento de la relación que genera el acto de conocimiento. No hay conocimiento si falta alguno de estos elementos.

Por esto se plantea que el sistema que constituyen el observador y lo observado (entorno), resulta una «**co-construcción**» a partir de la relación cognoscitiva. Por lo tanto, toda realidad resulta una co-construcción.

Las diferencias extraídas en el acto de conocimiento se constituyen en datos para el observador, los cuales siempre resultan una traducción, registro, reconstrucción, o representación de los hechos. El dato no es el hecho, en el mismo sentido que se afirma que el mapa no es el territorio, sino su representación.

Se sostiene que el lugar de la taxonomía, debe ubicarse más allá de las controversias disciplinarias generadas en el ámbito científico. Debe constituir una actividad **inter / trans / multidisciplinaria**, en lugar de considerarse un compartimiento aislado, dentro de un sistema disciplinario rígido y sin posibilidades de diagonalización. (Se entiende por concepto diagonal a aquel que se emplea en distintos dominios científicos. Se parte de la base que a través de él puede ser posible la construcción de un puente interdisciplinario).

Hasta aquí se ha tratado de configurar, lo que, de acuerdo a lo descripto, implica la indisolubilidad del vínculo observador-entorno.

La unidad de observación, según lo expuesto, comporta tanto al observador como lo observado. Esta afirmación siempre resulta posterior al proceso perceptivo que la origina, al establecer algún tipo de recorte. Como señala Bateson no somos conscientes de nuestros procesos de percepción, solo somos conscientes de sus resultados.

Desde la epistemología cibernética de segundo orden o relacional que se propone, no solo se pretende considerar al observador como parte del hecho empírico, sino también generar una explicación donde el observador sea un elemento o instancia constitutiva de la reformulación explicativa. El observador es la entidad procesadora de información, quien ejecuta los actos de distinción. Es en definitiva, quien opera el pasaje entre los planos observacional (datos de los sentidos) y argumental (discurso producido).

La existencia es una co-existencia:

Se puede decir que en un mismo ámbito de experiencia existen dos dominios, el del fenómeno a explicar y el del sujeto que explica. En el acto de conocimiento la existencia es una co-existencia y no una pre-existencia, como sostienen los observadores fuera de campo (cibernética de primer orden), en donde los objetos pueden pre-existir como evento independiente. Es una co-existencia, porque la epistemología relacional centra su estudio en la «relación» sujeto-objeto. Por lo tanto, el centro de gravedad del conocimiento se encuentra en ésta relación, no en el sujeto ni en el objeto por separado que plantean las epistemologías tradicionales.

Modelos teóricos:

Las explicaciones científicas, son, en realidad, reformulaciones de lo que se quiere explicar.

Con la finalidad de introducirnos en la cuestión de los modelos teóricos, se comenzará con una definición: un modelo es una representación que pretende reformular un suceso o fenómeno a ser explicado. Esto de modo tal que se pueda llegar a una interpretación de dicho suceso o fenómeno, en el ámbito de la teoría o marco conceptual de referencia que se toma como punto de partida para la elaboración del mismo.

A partir de esta definición se puede decir que:

- 1- Un modelo se construye a partir de un marco teórico de referencia. Es la teoría de base la que indica como elaborar el modelo o representación explicativa del fenómeno a desarrollar.
- 2- Este marco teórico permitirá establecer la operabilidad del modelo construido, respecto de la interpretación del suceso a explicar. ¿Cómo sabemos si el modelo nos sirve o no? Cuando está o no de acuerdo con las cláusulas teóricas de las cuales partimos para construirlo.
- 3- El proceso de modelización comporta un mecanismo generativo, que señala el pasaje entre el fenómeno a explicar y su reformulación (modelo). Puesto que se señala este mecanismo generativo, el modelo contiene una serie de enunciados inherentes a la modelización, pero no al fenómeno en cuestión que se desea explicar.

En este sentido un modelo no es una simplificación del fenómeno a explicar, por el contrario necesariamente la modelización genera infor-

mación, y por ende, un aumento de la complejidad del modelo respecto del fenómeno.

De hecho, el modelo implica la explicación (reformulación) del fenómeno a explicar. Esta explicación no estaba precontenida en el fenómeno.

El fenómeno se construye, no se descubre como fenómeno preestablecido que se devela ante la percepción. Si pensamos que se descubre, estamos ejerciendo una suerte de esencialismo aristotélico.

El modelo es un «como sí»:

En cuanto a las características de los modelos, se puede mencionar que todo modelo es una representación, una analogía. El modelo representa el fenómeno a explicar, pero no lo contiene ni lo reemplaza. Como señala Bertalanffy es un «como sí». Es decir, es «como sí» fuese el fenómeno pero no lo es.

Para reforzar este carácter «como sí» del modelo, se tomarán dos analogías de valor descriptivo. La primera de ellas se refiere al ámbito de la lingüística de la enunciación.

En este campo se establece una distinción entre **enunciación y enunciado**. Mientras la enunciación es un fenómeno momentáneo, irreplicable, el enunciado predica de ese fenómeno, es «lo que nos queda de él», su registro. El enunciado (reformulación) no contiene a la enunciación (fenómeno), pero de algún modo esa enunciación queda marcada en el enunciado. El enunciado representa a la enunciación, es un «como sí». Una cuestión es el decir, y otra muy distinta es lo dicho, aquel es una enunciación y éste es un enunciado.

La segunda analogía tiene que ver con el enunciado: **«el mapa no es el territorio»**. El mapa representa al territorio, pero no lo contiene ni lo suplanta. El mapa es «un como sí».

Si atendemos a esta analogía, todo proceso de modelización implica un cartografiado. El mapa es al territorio, como el modelo es al fenómeno a explicar. El mecanismo generativo de la secuencia explicativa que conduce al modelo, es una suerte de cartografiado.

Una segunda característica básica de los modelos es que son explicativos. Se entiende por explicación en sentido amplio, una reformulación del fenómeno a explicar. Si se toma esta definición como punto de parti-

da, se puede afirmar que todo modelo implica una explicación, pero no toda explicación implica un modelo.

El fenómeno a explicar surge, necesariamente, de la observación. En la observación el fenómeno se delimita, se distingue como una unidad, en un sentido amplio se formula. Se puede considerar que el fenómeno surge como un cuestionamiento (formulación) que es necesario explicar (reformular), brindando alguna calidad de respuesta.

Así se puede señalar la ruptura entre: a) **un plano observacional** (fenoménico) o plano de la formulación del fenómeno a explicar, y b) **un plano explicativo** (argumental) o plano de la reformulación.

Esta ruptura es la que permite considerar al modelo como una representación o «como sí» fuese el fenómeno.

Una secuencia explicativa explícita, permite pasar del plano observacional al plano argumental.

Los modelos deben ser interpretativos:

En este último opera lo que se podría llamar diseño del modelo. Este modelo construido debe brindar una explicación del sentido y significado del fenómeno surgido en la observación. Esto es, debe brindar una interpretación. Esta es una tercera característica básica de los modelos: deben ser interpretativos. En una secuencia explicativa, la descripción precede a la interpretación.

Las secuencias explicativas que se suceden a la observación (y que comportan al modelo), implican la descripción y la interpretación.

Por descripción se entiende a un conjunto de enunciados descriptivos, expresados a modo de datos respecto del fenómeno, que no tienden a agregar información adicional que pudiera tornarlo más comprensible. Una secuencia explicativa debe proveer algo más que un cúmulo de enunciados descriptivos, debe tender a la interpretación.

Si se toma nuevamente el ejemplo del «mapa» y el «territorio», podemos decir que la secuencia explicativa opera como un «cartografiado». Se inicia el cartografiado con la descripción, pero esta tarea requiere necesariamente un material de base para construir el «mapa». Se deben cartografiar los enunciados descriptivos sobre algún material que brinde la posibilidad de agregar la intelección adicional en el momento interpretativo.

Los modelos no simplifican, porque son interpretativos por definición. Si un modelo no permite la interpretación, se debe construir otro modelo. Quizá se haya hecho una descripción, pero no un modelo.

Denotación y connotación:

El caso de la descripción y el caso de la interpretación, tiene su correlato en el campo de las ciencias cognitivas, con los conceptos de denotación y connotación.

La denotación comporta un conjunto de predicados obtenidos en la observación, que no agregan información adicional. En este sentido tiene que ver con la descripción.

La connotación en cambio, implica conjeturar respecto del significado de lo denotado, por lo que agrega información. Tiene que ver entonces con la interpretación.

Denotación no es sinónimo de descripción, del mismo modo que connotación e interpretación tampoco son sinónimos. Estos conceptos son análogos, pero están definidos en campos distintos. Denotación y connotación hacen referencia al plano observacional, y descripción e interpretación hacen referencia a la secuencia explicativa (plano argumental).

Hasta aquí, se han comentado las características de los modelos y su inserción en una secuencia explicativa.

Proceso de modelización:

Se llamará proceso de modelización a todas las instancias que comportan, no solo la secuencia explicativa, sino también la observación donde el fenómeno a explicar se formula.

Explicar la modelización, en este contexto, implica explicar la explicación secuencial. Modelizar la modelización implica construir un metamodelo. Es decir un modelo del modelo. Se tomará entonces a la modelización como fenómeno a explicar.

La modelización va mucho más allá de la simple construcción de un modelo (diseño del modelo propiamente dicho). La modelización es un proceso integral, comunicacional, que incluye al diseño, pero también a otras instancias íntimamente ligadas al operar científico.

A los fines de una mejor comprensión, se ha seccionado el proceso de modelización en tres etapas sucesivas. La primera corresponde a la observación, en ella se discuten los aspectos referidos al marco de referencia teórico, y a como surge el fenómeno a explicar.

La segunda y tercera etapa corresponde a la secuencia explicativa. La segunda trata de la descripción y de los nexos tautológicos* que utilizaremos en el «cartografiado», incluido en el diseño del modelo construido con el marco teórico de referencia y con la construcción de nuevas teorías.

A modo de resumen, se recordarán los puntos más significativos de lo dicho precedentemente:

- 1- Todo modelo se construye a partir de un marco teórico de referencia.
- 2- Todo modelo tiene carácter de «como si» (el mapa no es el territorio).
- 3- Todo modelo es explicativo, pero no toda explicación es un modelo.
- 4- En la modelización, la explicación es un cartografiado de las descripciones sobre tautologías.
- 5- Un modelo es interpretativo en el contexto de la teoría que le dio origen.
- 6- La modelización es un mecanismo generativo, que permite el pasaje de la observación a la argumentación.
- 7- La explicación de la modelización implica cartografiar un metamodelo.

Tipos canónicos de razonamiento:

Hay tres tipos canónicos de razonamiento: a) la deducción, b) la inducción y c) la abducción o retroducción.

La deducción:

«Depende de nuestra confianza en la habilidad para analizar el significado de los signos con los que, o por medio de los que, pensamos».

«Es un proceso discursivo descendente que pasa de lo general a lo particular» dice Ferrater Mora. Según Peirce, es el paso mediante el

cual se llega a las consecuencias experimentales necesarias y probables de nuestra hipótesis.

La inducción:

«Depende de nuestra confianza en que el curso de un tipo de experiencia no se modifique o cese sin alguna indicación previa al cese». «Es un proceso discursivo ascendente que pasa de lo particular a lo general». En Peirce, es el nombre que él da a las pruebas experimentales de la hipótesis.

La abducción o retroducción:

«Depende de nuestra esperanza de adivinar, tarde o temprano, las condiciones bajo las cuales aparecerá un determinado tipo de fenómeno». «Es un silogismo en que la premisa mayor es evidente, y la menor menos evidente o solo probable». Para Peirce, el lugar de la abducción en el método científico es «meramente preparatorio», constituye el paso de adoptar una hipótesis o una proposición que conduzca a la predicción de los que, aparentemente, son hechos sorprendentes.

Para ilustrar estos tres tipos de razonamiento, Peirce utiliza el conocido ejemplo de la bolsa de porotos. Vayamos, pues, a la bolsa de porotos de Peirce, y a los distintos argumentos que constituyen los tres tipos de razonamiento. Cada argumento está compuesto, a su vez, de tres proposiciones: caso, regla y resultado.

Deducción:

Regla: todos los porotos de esta bolsa son blancos.

Caso: estos porotos son de esta bolsa.

Resultado: estos porotos son blancos.

Inducción:

Caso: estos porotos son de esta bolsa.

Resultado: estos porotos son blancos.

Regla: todos los porotos de esta bolsa son blancos.

Abducción:

Resultado: estos porotos son blancos.

Regla: todos los porotos de esta bolsa son blancos.

Caso: estos porotos son de esta bolsa.

Lo que Peirce llama **abducción o retroducción** (este singular instinto de adivinar o inclinación a adoptar una hipótesis), va a describirlo como «una ensalada singular, cuyos ingredientes principales son la falta de fundamento, la ubicuidad y la fiabilidad». Ejemplo: «Al mirar por mi ventana esta hermosa mañana de primavera, veo una azalea en plena floración». Sin embargo, no es eso lo que veo, -dice Peirce- lo que percibo es una imagen, que hago inteligible en parte por medio de una declaración, declaración que es abstracta, en tanto que lo que yo veo es concreto. Cada vez que se expresa en una frase lo que se ve, se realiza una abducción. Todo el tejido de nuestro conocimiento es un paño de puras hipótesis, convalidadas y refinadas por la inducción. No podría realizarse el menor avance en el conocimiento más allá de la fase de la mirada vacía, si no mediara una abducción a cada paso.

La abducción o «el primer paso del razonamiento científico», y «el único tipo de argumento que da lugar a una idea nueva», es un instinto que depende según Peirce, de la percepción inconsciente de conexiones entre diferentes aspectos del mundo.

CONCEPTO DE PSICOPATOLOGÍA, PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

La psicopatología (etimológicamente significa estudio de las dolencias del alma), puede definirse como una ciencia que toma su objeto de la psiquiatría y su espíritu de la psicología. En las fronteras de la medicina (lugar de la psiquiatría), y de la filosofía (asiento de la psicología), la psicopatología asume la misión de elaborar la observación psiquiátrica en teoría del conocimiento del hecho psiquiátrico.

En definitiva, **la psicopatología es la fundamentación científica de la psiquiatría**, para lo cual precisa delimitar conceptos generales con validez universal en el campo de la patología psíquica.

Su centro de interés es el hecho psiquiátrico entendido en un sentido amplio, donde no solo el síntoma o signo es objeto de estudio, sino que sus horizontes son más ambiciosos. Su cuerpo de doctrina integra, por lo tanto, los conocimientos procedentes de la relación dialéctica sujeto-objeto: personalidad, conducta patológica, estructura familiar, perimundo social, etc.

Desde esta amplia perspectiva, donde se reúne todo el saber que se extiende desde lo más orgánico-biológico a lo estrictamente psíquico y social, la psicopatología intenta extraer conclusiones válidas para estructurarse como ciencia.

De lo expuesto se desprende que los métodos que sirven a la psicopatología, van desde los relacionados con el nivel más biológico (psicofisiología) hasta los ligados al plano social (psicología y psiquiatría social), pasando por aquellos que inciden en el nivel individual del hombre desde un punto de vista objetivo y subjetivo (fenomenología clínica, psicodinamia, estudio de las funciones y de los rendimientos psíquicos, producción artística, etc.)

En este vasto panorama es lógico que se puedan sobrepasar fácilmente, los límites de lo estrictamente científico para caer en un peligroso reduccionismo biológico-mecanicista o sociológico, donde el peso de la aprehensión del hecho morboso recaiga en el nivel más físico o más ambiental.

Sobre estas cuestiones se desplaza la psicopatología, intentando no sobrepasar este dualismo radical y entrar, desde una metodología científica, en la comprensión de la conducta patológica.

Sentadas las bases conceptuales de la psicopatología, voy a referirme a la psiquiatría, cuyo fundamento científico está en aquella.

La psiquiatría (término acuñado por Weickard en 1782) se ha definido como:

- «Rama de la medicina humanística por excelencia, que se ocupa del estudio, prevención y tratamiento de los modos psíquicos de enfermar».
- «Rama de la medicina que tiene por objeto la patología de la vida de relación, al nivel de la integración que asegura la autonomía y la adaptación del hombre a las condiciones de su existencia».
- «Ámbito del saber, institucionalmente médico en el actual momento histórico, que se ocupa de las consideradas alteraciones psíquicas (mentales o de la conducta), cualquiera que sea su génesis, en lo que concierne a la dilucidación de su naturaleza, a la interpretación de las mismas y a su posible terapéutica».

La psiquiatría ha estado, hasta la actualidad incluida en la medicina, ya que su objeto es el hombre enfermo psíquico, pero ocupando un lugar peculiar de ella, puesto que es, a la vez: a) **una ciencia natural** y b) **una ciencia cultural**, en función de la génesis heterogénea del hecho psíqui-

co morbosos, cuyas relaciones de causalidad hay que buscarlas entre una amplia gama de **factores bio-psico-sociales**.

Hay que aceptar que la psiquiatría posee una dualidad original. Por un lado se encuentra con enfermedades resultantes de lesiones o disfunciones cerebrales, en las que el modelo médico se mantiene firme y el principio de causalidad sigue dando cuenta de ciertas manifestaciones psicopatológicas. Desde esta perspectiva, la psiquiatría no pasaría de ser una prolongación más de la medicina interna o de la neurología.

El problema se plantea cuando aparecen ciertos síntomas, como la angustia, la depresión, el delirio, etc., que poco tienen que ver con lo orgánico, y sí en cambio surgen de relaciones interpersonales conflictivas, de una precaria adaptación al medio ambiente o de un inauténtico proyecto de vida. Por supuesto que aquí ya no funciona el principio de causalidad, y si se quiere comprender lo que le sucede al paciente se deben apelar entonces a otras dimensiones como lo dialéctico, lo interaccional o lo teleológico.

Y lo que es más importante, hay que concebir al hombre no solo como una unidad mente-cuerpo, sino como un ser que convive con su prójimo, inserto en un ámbito natural y sociocultural determinado y fruto de una historia personal individual e irrepetible.

Se puede decir entonces, que la psiquiatría cabalga sobre las ciencias de la naturaleza, por un lado, y sobre las ciencias del espíritu (hoy más bien llamadas histórico-culturales), por el otro. Vale decir que la psiquiatría es al mismo tiempo una **ciencia nomotética** (estudio de lo universal), y una **ciencia idiográfica** (estudio de lo individual). O sea, que tanto puede medir, clasificar magnitudes y establecer leyes de naturaleza universal; como estudiar en profundidad un caso individual, intransferible e irrepetible.

Estas aparentes oposiciones no son solo patrimonio de la psiquiatría, también la física por ej. concibe la materia como corpúsculos y como ondas, indistintamente.

El objeto de estudio de la psiquiatría son los trastornos de la conducta humana, sea cual fuere su génesis; o desde una perspectiva antropológico-existencial también podría decirse que el objeto de la psiquiatría es el hombre enfermo psíquico.

De cualquier modo, a la observación se ofrecen tres tipos de trastornos. En primer término están los **heredobiológicos**, es decir los que están anclados en la herencia y los que derivan directamente de lesiones o

disfunciones cerebrales orgánicas. Constituyen francas enfermedades neuropsiquiátricas, en las que están afectados los instrumentos, es decir los fundamentos orgánicos de la personalidad. En segundo lugar figuran los **trastornos peristáticos**, es decir los que proceden del medio ambiente o circunstancias en las que mora el hombre; vale decir las condiciones psicológicas, familiares y socioculturales en que se desarrolla cada sujeto y forman parte del ecosistema humano. Y, por fin, los **personales o individuales**, esencialmente intrapsíquicos, que tienen que ver con los proyectos de vida y las decisiones, con el sentimiento de responsabilidad, con la libertad, y que se manifiestan por desajustes varios (sexuales, laborales, sociales, etc.).

Naturalmente, esta clasificación, no es exhaustiva ni excluyente. Pueden haber otros ordenamientos. Además, los trastornos hereditarios, psicossociales y personales pueden manifestarse mezclados en múltiples y diversas combinaciones.

Los esquemas y modelos teóricos que se utilizan son siempre provisionales, y solo son aproximaciones a la realidad, que, con mucha frecuencia se confunden con la realidad misma.

De ahí que el campo de la psiquiatría; vasto, complejo y en permanente evolución, resulta difícil de limitar. En efecto, si el hombre al enfermar, enferma de cuerpo entero (es decir de cuerpo y de alma), está claro que no hay enfermedad física sin el correspondiente correlato psicossocial. Esta doble vertiente del hombre, somática y psíquica, quizás sea una falsa dualidad provocada por limitaciones de nuestra capacidad cognoscente.

Es importante destacar que, en todos los casos, la «causa» (sea la que fuere) ocasiona una reacción total del ser del sujeto. Y que el abordaje epistemológico del campo psiquiátrico arrastra consigo el viejo problema de la relación cuerpo-alma.

Considero que lo físico y lo psíquico va inextricablemente unido, como que toda persona forma parte de un ecosistema sociocultural y cósmico. Si en la práctica vemos tan solo partes enfermas del hombre, es que éste fragmenta la realidad en el mismo acto de percibirla.

La concepción médico-antropológica de la psiquiatría, hará que toda enfermedad psíquica sea considerada como una «**antroposis**» como sostiene Binswanger, es decir un modo morboso de existir.

Pero, no hay que hacerse muchas ilusiones, el ser del hombre (sano o enfermo), su misteriosa realidad íntima y última, es y quizás seguirá siendo una incógnita para la ciencia. Y la psiquiatría no dejará de ser una **ciencia**

cia heteróclita (pues en tanto práctica técnica, se vale de muy diversos procederes), y **heterológica** (pues el tratamiento lógico de la vertiente heredobiológica no puede ser el mismo que el que se aplica en la vertiente psicosocial); son dos niveles distintos que conciernen a la naturaleza epistemológica de la psiquiatría dice Castilla del Pino.

Se puede concebir: **a) una psiquiatría biológica y una psiquiatría social** (vertientes que corresponden a lo que Henri Ey denomina psiquiatría pesada y psiquiatría liviana respectivamente), **b) una psiquiatría transcultural o etnopsiquiatría** (que resulta de la visión que los psiquiatras de occidente tienen de otros pueblos extraños a su idiosincrasia), **c) una psiquiatría comparada** (que nace del cotejo de cuadros psicopatológicos pertenecientes a diferentes culturas) y **d) una psiquiatría folklórica** (especie de tradición popular que subsiste, al modo de una estructura fósil, dentro del ámbito de la sociedad tradicional).

Estas parcelaciones del campo de la psiquiatría son arbitrarias y no persiguen otro propósito que el docente. Porque el hombre es de una sola pieza, es una unidad. Si se lo fragmenta en órganos y sistemas, es por nuestra limitada capacidad cognitiva de captarlo en su total unidad existencial.

Bertrand Russell ha dicho: «Todo conocimiento humano es incierto, impreciso e incompleto». Y la psiquiatría no es una excepción a este principio epistemológico general.

Por lo dicho, no es de extrañar que la psiquiatría desborde los clásicos límites de la medicina, y establezca múltiples contactos con otras disciplinas, como la psicología, la sociología, la antropología, el psicoanálisis, la lingüística, e incluso, con la filosofía, el arte, la religión y la política.

También es importante que el psiquiatra piense en la trascendencia ética y política de su ejercicio profesional. ¿Es posible que el «ethos» del psiquiatra no influya sobre la conducta de su paciente? ¿Hasta donde se puede defender una ley de estado peligroso sin poner en peligro la libertad individual por exceso en su aplicación? ¿Se puede negar que nosotros, los psiquiatras, somos en cierto modo, agentes de control social, instrumentos políticos de una clase gobernante? ¿Y que decir de los derechos y obligaciones del hombre enfermo psíquico?

De lo anteriormente expuesto, se desprende que la psiquiatría tiene estrecha relación con:

- 1- La patología médica general**, que atiende al ente morbosos físico, y sigue, el modelo médico u orgánico.

- 2- **La neurología**, cuyo objeto es la patología de la vida de relación instrumental, que permite establecer las relaciones mecánicas sujeto-objeto.
- 3- **La psicología**, que tiene por objeto la organización estructural no patológica del sujeto normal con su medio.
- 4- **La sociología**, cuyo interés se centra en los fenómenos sociales colectivos.

Todas ellas se diferencian claramente de la psiquiatría, pero todas a su vez, mantienen importantes conexiones con el cuerpo doctrinal de la misma, compuestos por modelos psicopatológicos de muy diversa naturaleza.

La patología médica y la neurología son el fundamento del modelo médico, la psicología propicia los modelos psicoanalítico y el conductista, y la sociología, por su parte, es la base del modelo sociológico.

A partir de los conocimientos que proceden de estas ciencias, la psiquiatría va consolidándose como rama del saber científico.

Los aspectos diferenciales entre psicopatología y psiquiatría, según lo expuesto son los siguientes:

- 1- La psicopatología tiene por objeto el establecimiento de reglas y conceptos generales, mientras que la psiquiatría se centra en el caso patológico individual.
- 2- La psicopatología es una ciencia en sí misma, mientras que la psiquiatría toma la ciencia como un medio auxiliar, pero trascendiéndolo hasta llegar al arte médico, que tiene su sentido en el quehacer práctico y en la relación terapéutica médico-paciente.
- 3- La psicopatología, partiendo de la unidad que es el ser humano, va descomponiéndolo en funciones psíquicas (percepción, memoria, conciencia, etc.), aisladas con el fin de analizar adecuadamente las leyes que rigen cada una de ellas, aunque sin perder de vista las conexiones funcionales intrapsíquicas; mientras que la psiquiatría se centra en el hombre enfermo, indivisible por definición y solo accesible con un enfoque holístico.
- 4- La psicopatología se desentiende de la terapéutica, eje y meta final de la psiquiatría.

SALUD Y ENFERMEDAD

Salud mental y enfermedad mental

Salud y Enfermedad

La definición clásica de la Organización Mundial de la Salud dice que la salud se refiere a un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente a la ausencia de malestar o enfermedad. La ausencia de malestar o enfermedad no puede ser un sinónimo de salud, puesto que sabemos que esa «ausencia» puede significar simplemente una negación de la enfermedad, o bien la existencia de un proceso latente que aún no se ha manifestado.

La salud no es solamente la ausencia de enfermedades, sino la resultante de un **complejo proceso** donde interactúan **factores biológicos, económicos, sociales, políticos y ambientales** en la generación de las condiciones que permiten el desarrollo pleno de las capacidades y potencialidades humanas, entendiendo al hombre como un ser individual y social.

Salud y enfermedad son dos conceptos tan interdependientes que conviene considerarlos en conjunto. Por lo general, la salud aparece en el horizonte médico y popular como algo negativo, como un estado indefinido y ordinario que subsiste, inadvertido casi siempre, mientras no sobrevenga la enfermedad. La enfermedad, en cambio, irrumpe como algo insólito y positivo que trastorna el curso de la existencia humana. Se llama enfermedad en medicina a cualquier alteración del estado de salud, provocada por fenómenos morfológicos, bioquímicos y funcionales, que se manifiesta por signos y síntomas. En la concepción que sostiene el imaginario popular, la salud se define como la condición en que el ser humano ejerce normalmente sus funciones, libre de malestares, dolores o penurias. Además de ser considerada un **estado**, la salud importa como **significado**, esto es, por lo que puede significar, en especial para el sujeto y su familia.

¿Qué se entiende por salud y por enfermedad en psiquiatría? Cualquier intento de responder a estas preguntas requiere que antes definamos ciertos conceptos fundamentales, como por ejemplo, normal y anormal. A estos les caben dos acepciones, claramente distintas la una de la otra. En un sentido, normal equivale a promedio. Lo anormal sería entonces una desviación cuantitativa, en más o menos, de la norma. Apli-

cado al hombre, este criterio estadístico plantea muchas dificultades. ¿Cómo y dónde ha de hacerse el corte entre lo normal y lo anormal? ¿A partir de qué datos numéricos pueden considerarse anormales ciertas y determinadas variables biológicas como la talla, la edad o la glucemia?

De cualquier modo, el concepto de la normalidad tiene en psiquiatría, una importante raíz sociocultural. Muy a menudo, normalidad se asocia con adaptación. Decimos de un hombre que es normal en la medida en que acata, en grados y condiciones variables, las costumbres, códigos y prescripciones legales de su grupo social. Por otra parte, ninguna conducta humana es normal o anormal en absoluto; la misma conducta puede ser normal en una cultura y anormal en otra. Este relativismo cultural es en parte responsable de las ambigüedades que aún prevalecen en las bases teóricas de la psiquiatría. Por otra parte, la definición de salud de la OMS tampoco toma en cuenta el contexto histórico.

Todavía no está claro si salud y enfermedad, como todo lo que constituye la realidad con que se topa el hombre en su diario vivir, es algo continuo o discontinuo. ¿Se trata de unidades múltiples y distintas, irreductibles en su esencia? ¿O hay una realidad, única pero diversificable, que se puede desplegar en forma de continuum? Sea cual fuere la definición adoptada, queda claro que salud y enfermedad son dos conceptos que se oponen mutuamente y que entre uno y otro caben grados intermedios.

François Laplantine plantea en su obra «Antropología de la enfermedad» que hay dos polos constituidos por:

- *La enfermedad en tercera persona*, es decir, el conocimiento médico «objetivo» o lo que a veces también se denomina los «valores médicos».
- *La enfermedad en primera persona*, es decir, el estudio de la subjetividad del enfermo, que interpreta por sí mismo los procesos que hacen que él «se sienta mal» o «en plena forma».

Con el fin de expresar esta bipolaridad a partir de la cual se estructura la relación médica, solo se dispone en francés de la palabra *maladie*, allí donde el idioma inglés posee una terminología triple: *disease* (la enfermedad como se aprehende por el saber médico), *illness* (la enfermedad tal cual ella se comprueba por el enfermo) y *sickness* (un estado mucho menos grave y más indeterminado que el precedente, como el mareo, las

náuseas y más generalmente el simple malestar). Esta última palabra es susceptible de dar cuenta a la vez de las condiciones sociales, históricas y culturales de elaboración de las representaciones del enfermo y de las del médico/terapeuta, cualquiera sea la sociedad involucrada.

Salud mental y enfermedad mental

El paso de lo biológico a lo psíquico acarrea nuevas dificultades. Ya no es posible hacer un deslinde preciso entre salud y enfermedad mental. Por otra parte, una y otra dependen fundamentalmente de la cultura. Cada cultura dispone de un conjunto de virtualidades antropológicas merced a las cuales decide quién está sano y quién está enfermo. Este relativismo cultural, sostenido por un complejo trasfondo religioso, filosófico e ideológico, impide el acceso a concepciones de validez universal.

Las creencias y teorías acerca de la esencia de la enfermedad mental pueden distribuirse en tres grandes grupos. El primero corresponde a las ideas de posesión, divina o demoníaca, y a todas aquellas influencias que, viniendo de afuera, como las infecciones, las pasiones, los errores y las impresiones traumáticas, enajenan la voluntad del hombre. Casi siempre se da en estos casos una lucha entre el bien y el mal, y lo morboso incluye tanto la agresión contra el organismo como la defensa de éste contra la noxa. Frente a estas perspectivas exógenas están las endógenas, las que privilegian originariamente la naturaleza humana, la intimidad del hombre, su conciencia y su libertad. En esta misma línea endógena figuran históricamente: a) la descripción de cuadros clínicos típicos, cuyo máximo artífice fue Kraepelin; b) la consideración de la enfermedad mental como resultado de lesiones orgánicas, sobre todo neurológicas, como la parálisis general descubierta por Bayle; c) la disfunción de la actividad nerviosa superior (Pavlov); d) el determinismo heredo-constitucional (Kallmann) y el conflicto intrapsíquico (Freud, Klein, Lacan, Piaget); el fracaso del proyecto vital y la consiguiente caída en una existencia inauténtica (Biswanger, Boss). En un tercer grupo, se destacan los elementos relacionales del problema. Ya no cuentan aquí tanto las influencias externas o internas como lo que pasa entre individuo, familia y sociedad. En este grupo se incluyen las teorías interaccionales (Ruesch, Bateson), la antipsiquiatría (Cooper, Laing) y las concepciones sociológicas (Marx, Parsons).

Hadfield dice que «la salud mental es el funcionamiento pleno y armonioso de toda la personalidad».

Erich Fromm ofrece una doble perspectiva: «desde el punto de vista social, una persona será normal si es capaz de desempeñar en la sociedad la función que le atañe, es decir, si es capaz de participar en el proceso de la producción económica de dicha sociedad. En cambio, desde el punto de vista individual, salud o normalidad es el óptimo de desarrollo y felicidad del individuo».

En psiquiatría se considera que la salud mental «es el estado de equilibrio y adaptación activa y suficiente que permite al individuo interactuar con su medio, de manera creativa, propiciando su crecimiento y bienestar individual, y el de su ambiente social cercano y lejano, buscando mejorar las condiciones de la vida de la población conforme a sus particularidades».

En psicología cuando se habla de salud mental se la entiende como un «estado relativamente perdurable en el cual el sujeto se encuentra bien adaptado, siente gusto por la vida y está logrando su autorrealización. Es un estado positivo y no la mera ausencia de trastornos mentales». También se lo considera un estado normal del individuo.

En este sentido la salud mental tiene que ver con la vida diaria de todos, se refiere a la manera como cada uno se relaciona con las actividades en general en la comunidad; comprende la manera en que cada uno armoniza sus deseos, anhelos, habilidades, ideales, sentimientos y valores morales con los requerimientos para hacer frente a las demandas de la vida. La salud mental depende de: cómo uno se siente frente a sí mismo, cómo uno se siente frente a otras personas, y en que forma uno responde a las demandas de la vida.

En cuanto al ámbito social, se habla de salud mental comunitaria que implica el desarrollo general de los aspectos psicosociales y conductuales, la percepción de la salud y la calidad de vida por parte de la población, la forma con que se cubren las necesidades básicas y se aseguran los derechos humanos y la atención de trastornos mentales.

En fin, «la salud mental es un estado sujeto a fluctuaciones provenientes de factores biológicos y psicosociales, en que el individuo se

encuentra en condiciones de conseguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas, potencialmente antagónicas, así como de formar y mantener relaciones armoniosas con los demás y participar constructivamente en los cambios que puedan introducirse en su medio ambiente físico y social»

Lo que se quiere señalar de esta definición es que se describe la salud mental como «aquél estado sujeto a fluctuaciones», es decir, la salud mental nunca es una línea recta, sino más bien una línea ondulada, con crestas y valles, ondulaciones que se producen dentro de ciertos límites, con un piso y un techo. Entonces, es un estado sujeto a fluctuaciones que se dan dentro de ciertos límites, si esas fluctuaciones sobrepasan dichos límites entonces, se entra en el terreno de lo patológico.

EL DESARROLLO DE LA PSICOPATOLOGÍA Y LA PSIQUIATRÍA A TRAVÉS DE LOS SIGLOS Y LAS CULTURAS

Para una mayor comprensión del estatuto epistemológico de la psicopatología y la psiquiatría, y por ende de sus distintos modelos explicativos, se hará un recorrido con relación a los diferentes momentos histórico-culturales de la estructuración de éstas como ciencias.

Antigüedad:

El hombre primitivo, atribuyendo un origen sobrenatural a la enfermedad mental, llevó a cabo un primer enfoque terapéutico de la misma. Así lo confirman los restos de cráneos trepanados encontrados en Perú, ya que a través de los agujeros los espíritus malignos tenían la posibilidad de escapar.

Los síntomas que el sujeto presentaba orientaban hacia la clase de espíritus (buenos o malos) que intervenían. El exorcismo se convirtió entre los antiguos hebreos, los griegos, los chinos y los egipcios en una práctica frecuente, que primero realizaron los hechiceros y luego los sacerdotes, con el fin de expulsar los espíritus malignos del cuerpo del enfermo.

Cultura griega y romana:

Desde un punto de vista popular y médico, la concepción sobrenatural de las enfermedades mentales se mantiene hasta Hipócrates (460-377 a. de C.), que fue el primero en señalar el origen natural de tales trastornos. En los escritos hipocráticos, la enfermedad gira en torno a la interacción de cuatro humores del cuerpo (sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema), resultado de la combinación de las cuatro cualidades básicas de la naturaleza (calor, frío, humedad y sequedad). Elabora una clasificación basada en cuatro temperamentos (colérico, sanguíneo, melancólico y flemático), que se pensaban que indicaban la orientación emocional predominante. El nivel óptimo de personalidad se conseguía por la crisis o interacción adecuada de las fuerzas internas y externas, y el conflicto de las mismas o discrasia indicaba un exceso de humor que se corregía mediante purgas. Es de destacar, asimismo, que Hipócrates clasifica los trastornos mentales en tres categorías: manía, melancolía y frenitis; clasificación pionera que con escasas modificaciones se mantiene durante toda la civilización griega y romana. Acerca de la enfermedad mental en particular, sustenta una patología cerebral por desajuste de los humores básicos.

Aristóteles (384-322 a. de C.) sigue las concepciones hipocráticas acerca de las perturbaciones de la bilis, mientras que su maestro Platón (329-347 a. de C.) considera que los desórdenes mentales son en parte orgánicos, en parte éticos y en parte divinos, poniendo énfasis en los aspectos más humanitarios de estos pacientes. En su obra Fedro, la locura se clasifica en cuatro tipos: profética, teléstica o ritual, poética y erótica.

Entre los romanos las directrices son similares a las mantenidas por los griegos. Así, Asclepiades (124 a. de C.), aunque rechaza la teoría humoral de Hipócrates, mantiene un enfoque progresista, acentuando el papel de las influencias ambientales, oponiéndose con firmeza a los tratamientos inhumanos y al encierro carcelario de estos pacientes. Fue el primero en distinguir entre alucinaciones, ilusiones y delirios, así como en diferenciar las enfermedades mentales en agudas y crónicas. Por su parte, Areteo (30-90 d. de C.) fue el primero en sugerir que las enfermedades mentales eran procesos normales exagerados. Subrayar el papel de los factores emocionales y de la personalidad prepsicótica fue una observación brillante para su época. Sorano (120 d. de C.), basándose en las recomendaciones del enciclopedista Celso (quien frente a la idea hipocrática de que la enferme-

dad mental afecta un solo órgano, sustentó una repercusión general de todo el organismo), revisa y amplía la clasificación hipocrática de los trastornos mentales, incluyendo en la misma la histeria y la hipocondría, la primera relacionada con trastornos uterinos y la segunda con base en el hipocondrio. Son reconocidos y destacados los principios humanitarios que aplicó Sorano en el tratamiento de estos pacientes. Galeno (130-200 d. de C.) hizo una labor de síntesis de los conocimientos existentes, dividiendo las causas de los trastornos psíquicos en orgánicos (lesiones craneoencefálicas, alcohol, cambios menstruales) y mentales (temores, contratiempos económicos, desengaños amorosos). Sostuvo que la salud psíquica dependía de la armonía adecuada de las partes racional, irracional y sensual del alma. Finalmente cabe destacar que con la muerte de Galeno concluye una etapa esperanzadora en la consideración tanto teórica como práctica de estos trastornos, iniciándose una larga época de oscurantismo y, en ocasiones, de horror que, salvo honrosas excepciones, se extiende hasta el siglo XVIII.

Otras Culturas:

Dentro de la línea trazada por Hipócrates, en la ciudad egipcia de Alejandría, se desarrolló la medicina con esplendor, adquiriendo niveles notables en el tratamiento del enfermo mental, cuya internación se realizaba en cuidados sanatorios donde la base terapéutica era el ejercicio físico, las fiestas, los paseos, la hidroterapia y los conciertos musicales.

Durante la Edad Media, sin embargo, los postulados científicos y humanitarios de la cultura griega, sólo persisten en la cultura árabe. Concretamente en Arabia se funda el primer hospital mental, que se estableció en Bagdad en el año 792. La figura más sobresaliente en esta época fue Avicena (980-1037).

Edad Media y Renacimiento:

Tras la muerte de Galeno y posteriormente con la caída del Imperio Romano, las prometedoras ideas de la cultura griega y latina sufren una involución. Renace el primitivismo y la brujería, observándose una fanática reaparición del modelo sobrenatural de la enfermedad mental. Se observan, ya hacia el siglo X, verdaderas manías epidémicas de danzas

frenéticas colectivas donde se saltaba y bebía. Esta conducta, que recordaba a los antiguos ritos orgiásticos de los griegos cuando adoraban a sus dioses, se conoce como tarantismo en Italia (siglo XI), donde hace eclosión, extendiéndose posteriormente a Alemania y al resto de Europa, donde se la denominó baile de San Vito. Estas epidemias de desajuste psíquico se prolongaron hasta el siglo XVII, pero tuvieron su mayor auge en los siglos XV y XVI durante las épocas de mayores calamidades y pestes.

En este período el tratamiento de los enfermos mentales se realiza, fundamentalmente, por los clérigos en los monasterios. Durante la primera parte del medioevo, aunque con un prisma desenfocado, donde los poderes mágicos y sagrados, y los exorcismos son la base del conocimiento; el trato al enfermo mental es respetuoso y delicado. Más adelante se va afianzando un criterio demonológico, con el consiguiente endurecimiento de las prácticas exorcistas, ya que el castigo se consideraba un buen medio para ahuyentar al diablo. Hacia finales del siglo XV empeora la situación, ya que generalmente al pretendido poseso se le atribuye una alianza satánica, por lo que se le considera hereje y brujo.

Como culminación de este estado de cosas, el Papa Inocencio VIII emite, en 1484, la «Bula Summis Desiderantes Affectibus», en la que se exhortaba a los clérigos a utilizar todos los medios para detectar y eliminar la brujería. Siguiendo sus doctrinas dos monjes dominicos inquisidores, Sprenger y Kraemer, publican hacia 1487 el *Malleus Maleficarum* («El martillo de las brujas»), texto de «inspiración divina» que orientaba hacia la detección, examen y condena de brujas, las cuales solían finalizar en la hoguera, previo martirio.

Esta situación se prolonga con todo su dramatismo a lo largo de los siglos XVI y XVII, iniciándose en el XVIII un atemperamiento de la situación. Parece que la última ejecución por brujería ocurrió en 1782, aunque las ideas básicas de la época sobre la locura se extienden en el ámbito popular hasta bien entrado el siglo XIX.

No obstante, existieron excepciones a esta concepción primitiva y mágica de la enfermedad mental. Todavía en la Edad Media, San Agustín (345-430) acepta la descripción de Cicerón sobre cuatro pasiones (deseo, miedo, alegría y tristeza) que podían ser modificadas por la razón. La noción de que el alma no podía enfermar, y de que, por tanto, la locura era un trastorno esencialmente de base orgánica, fue sostenida en el siglo XIII por Alberto Magno (1193-1280) y Tomás de Aquino (1225-1274).

Ya se ha apuntado la posición de los árabes respecto al proceso psíquico morboso, actitud que venía muy influida por la cultura griega, los principios del cristianismo y el tipo bizantino de gobierno. La comprensión y el humanitarismo marcaban el estilo terapéutico.

En Italia, Constantino el Africano (1020-1087), fundador de la Escuela de Medicina de Salerno, mantiene el punto de vista hipocrático respecto a la causa humoral (exceso de bilis) de la depresión en su obra «De Melancholia», donde se describen por primera vez los síntomas característicos y el pronóstico de este trastorno.

En el Renacimiento, José Luis Vives (1492-1540) cuestiona el origen sobrenatural de los procesos psíquicos; Fernel (1497-1588) propicia con sus estudios fisiológicos y anatómicos la correlación entre enfermedad y estructura corporal, y Paracelso (1493-1541) defiende una aproximación humana al enfermo, y en su libro «De las enfermedades que privan al hombre de la razón» rechaza la demonología, formulando una alusión al inconsciente con su idea sobre la etiología psíquica de la locura y la intervención de factores sexuales.

Se tiende a considerar al holandés Johann Weyer (1515-1588) como padre de la psiquiatría moderna y primer psiquiatra. En 1563 publica su obra «De Praegistiis Daemonum» donde, por primera vez, se hace una denuncia formal a la demonología oficializada a través del Malleus Maleficarum. Defendió la calificación de enfermos para los brujos e insistió en la conveniencia de que su tratamiento estuviera orientado por principios médicos y humanos. Su contribución al campo de la clínica psiquiátrica y la psicoterapia (relación terapéutica, comprensión, observación) fue notable. Sus trabajos tuvieron algunos defensores, como Scott (1535-1599), quien en 1584 publicó «El descubrimiento de brujerías», pero en general fue duramente atacado, como lo muestra el hecho de que sus trabajos estuvieron censurados por la Iglesia hasta el siglo XX.

En el terreno asistencial cabe destacar la fundación del primer nosocomio del Viejo Mundo en Valencia por un español, el padre Jofré, en 1410. Desde 1412 a 1489 se fundaron en España cinco centros similares y, en 1567, en la ciudad de México, Bernardino Alvarez fundó el hospital de San Hipólito, primer centro mental del Nuevo Mundo. Sin embargo, Fuster en 1960, encontró un pergamino, que data de 1405, con los Privilegios que el rey Martí concedió a la cofradía del Hospital de la Santa Cruz en Barcelona, en el cual consta la asistencia a los orates, eslabón pionero de la asistencia psiquiátrica en el Hospital General. Los españo-

les han sido, por tanto, pioneros en la asistencia de estos pacientes, posiblemente por la influencia recibida de la cultura árabe.

Durante la misma época en Londres, se transforma el monasterio de Santa María de Belén en hospital psiquiátrico, de infeliz memoria por las condiciones y métodos deplorables que en él se dieron.

El primer hospital francés se fundó en París en 1641, en Viena el célebre Lunatics Tower en 1784 y el primer hospital mental de Estados Unidos se construye en Williamsburg (Virginia) en 1773. En general las condiciones de estos sanatorios eran bastante desastrosas, con excepciones como la del santuario de Geel en Bélgica, cuya labor excepcional se ha prolongado hasta nuestros días, la del York Retreat en Inglaterra, obra en 1796 de William Hack Tuke o la del Hospital Bonifacio, abierto en Florencia en 1778 bajo la dirección del médico Vincenzo Chiarugi.

Siglo XVII y principios del siglo XVIII:

Esta época puede considerarse como un período de transición entre todo un largo trazo de la historia, caracterizada por una imagen sombría, y otro que se inicia a finales del siglo XVIII con Pinel, que viene marcado por la esperanza de llegar a construir un edificio psiquiátrico humano, regio y recio, donde el paciente tenga las máximas posibilidades de recuperación. En esto estamos todavía hoy.

Figuras destacadas de esta época son: Platter (1536-1614), preocupado por las clasificaciones y adherido parcialmente al principio humoral de la enfermedad mental; Zacchia (1584-1659), adelantado de la psiquiatría legal; Sydenham (1624-1689), iniciador de la aproximación clínica en la medicina moderna, y Burton (1577-1640) que precisó causas psicológicas y sociales de la enfermedad mental.

Finales del siglo XVIII y siglo XIX:

En 1767 con Morgagni y en 1816 con Laennec aparece el primer modelo científico en la medicina, es decir su primer paradigma: Morgagni al encontrar la lesión precisa en el órgano muerto y Laennec al hallar el signo en el enfermo vivo. Estas dos etapas de Morgagni y Laennec, fueron logros ejemplares y pautas de desarrollo científico.

Desde una base empírica, diseccionar cadáveres (hallar la lesión) y auscultar el tórax de los enfermos (encontrar el signo), llevaron los hechos a la zona teórica: a partir de aquí se constituyó el paradigma anátomo-clínico.

Estos logros iniciales de Morgagni y Laennec, fundadores del paradigma, abrieron un camino a la investigación en Patología. Se dijo que en esa misma dirección en que Morgagni había encontrado la lesión en el órgano, Bichat (1801) la encontró en el tejido y Virchow (1858) en la célula.

El paradigma anátomo-clínico precisó la sede, la lesión y su signo; no hizo una interpretación general (teoría de los humores), sino localizada de las enfermedades. Al ser localizada la consideró extraíble. Ante la lesión localizada y extraíble, la cirugía comenzó a ampliar su campo progresivamente.

A partir del logro inicial de Morgagni y Laennec, el paradigma anátomo-clínico se desarrolló, profundizó y acumuló conocimientos con la pauta signo-lesión. Se aplicaron al diagnóstico de numerosas enfermedades, por la sistematización de los signos y síntomas agrupados en síndromes.

Pocos años después de la Revolución Francesa, es cuando surge en Francia una figura destacada en la psiquiatría, Phillippe Pinel (1745-1826), quien en 1792 fue nombrado por la comuna revolucionaria de París, director del hospital de La Bicêtre y posteriormente de La Salpêtrière. Pinel liberó a los alienados de las cadenas (1794) y convirtió estos sanatorios en centros dignos, donde tanto los aspectos materiales (decoración, habitaciones soleadas, jardines) como morales, fueron tenidos cuidadosamente en cuenta. Es notable, asimismo, su contribución a la psiquiatría científica, ya que, amparándose en los grandes sistemas nosográficos (especialmente en Cullen), publica obras importantes en la historia de la psiquiatría como su famosa «Nosographie Philosophique» (1789) y el «Traité Médico-Philosophique de la Manie» (1801). En la primera elabora una sencilla y adecuada clasificación de los trastornos psíquicos: melancolía (alteración de la función intelectual), manía (excesiva excitación nerviosa, con delirio o sin él), demencia (alteración de los procesos de pensamiento) e idiocia (detrimento de las facultades intelectuales y afectos). En su doble faceta de revolucionario asistencial y científico, Pinel se convierte en el fundador de la psiquiatría.

Pinel representa un hito fundamental en la historia de la psiquiatría, ya que su labor y su obra marcan unas directrices cuya raíz epistemológica se extiende hasta hoy.

El tratamiento moral de Pinel, cuyos efectos terapéuticos fueron inmediatos y sorprendentes, fue bien recibido por Tuke (1732-1819) en Inglaterra y por Fricke en Alemania. Al mismo tiempo en Estados Unidos, Benjamín Rush (1745-1813), considerado como el padre de la psiquiatría americana, con la influencia de su formación en Edimburgo, introduce en el Hospital de Pensilvania métodos basados en la terapia moral. Escribió el primer tratado de psiquiatría americano (*Medical Inquiries and Observations upon the Diseases of the Mind*, 1812), cuya repercusión duró en América hasta finales de siglo, a pesar de que en él se exponen todavía conceptos astrológicos y métodos de tratamiento algo peculiares (sangría, purgantes, el «aparato tranquilizador»). También en Estados Unidos una maestra de escuela de Nueva Inglaterra, Dorotea Dix (1802-1887), presentó en 1848 un informe al Congreso en el que se exponía la situación de los enfermos mentales en las cárceles, hospicios y asilos. Su labor que duró 40 años, se plasmó en la fundación de 32 hospitales guiados por principios asistenciales modernos.

En el transcurso del siglo XIX la psiquiatría académica se va desarrollando progresivamente. En Francia, Esquirol (1772-1840), discípulo y sucesor de Pinel en La Salpêtrière, publica en 1837 «Des Maladies Mentales», ejemplo de claridad y agudeza clínica. Definió las alucinaciones y la monomanía (ideación paranoide) y subrayó el papel de las emociones en la etiología de las enfermedades. Otros destacados representantes clásicos de la escuela francesa, como Falret (1794-1870), Morel (1809-1873), Chaslin (1857-1923), Moreau de Tours (1804-1884), Serieux (1864-1947), Magnan (1835-1916), Lasegue (1816-1883), Regis (1855-1918), Baillarger (1809-1890), Claude (1869-1946), Janet (1859-1947), Seglas (1856-1939), etc., hicieron de Francia, junto con Alemania, el centro más importante del saber psiquiátrico durante el siglo XIX.

En Alemania la psiquiatría no encuentra su modo de expansión y desarrollo hasta mediados de siglo, pues permanece bajo la influencia del movimiento romántico y los principios teológicos. Fue Griesinger (1817-1868), profesor de Tubinga, Zurich y Berlín sucesivamente, quien con su libro «Patología y tratamiento de las enfermedades mentales» (aparecido en 1843 y traducido al francés en 1865), inicia la nueva y brillante etapa de la psiquiatría alemana, cuya importancia, decisiva en el desarrollo de la psiquiatría, se extiende hasta bien avanzado el siglo XX. Con Griesinger aparece de manera formal y sistemática el modelo organicista al afirmar explícitamente, por primera vez, que las enfermedades mentales son tras-

tornos cerebrales. (Haller, en 1757, solo señaló la importancia de las funciones psíquicas cerebrales e insistió en la conveniencia de practicar disecciones cerebrales en los cadáveres). Representantes ilustres de la psiquiatría alemana, como Kahlbaum (1828-1899), Kraepelin (1856-1926), Meynert (1833-1892), Wernicke (1848-1905), Westphal (1833-1890), etc., hacen de Alemania el núcleo psiquiátrico primordial de la psiquiatría académica de finales del siglo XIX y principios del siglo XX.

Existen una serie de características que marcan el desarrollo de la psiquiatría durante el siglo XIX:

- 1- Intento de una búsqueda nosográfica que culmina con la obra de Kraepelin.
- 2- El interés nosográfico despierta una ilimitada devoción por la clínica, que queda plasmada en minuciosas descripciones. Por otra parte, los escasos medios terapéuticos y, por lo tanto, el curso crónico en el que se ven condenados muchos enfermos, favorecieron el estudio clínico prolongado de los pacientes a través de la historia natural de la enfermedad.
- 3- La base es una «psiquiatría pesada», cuyas fuentes prácticas de conocimiento son los hospitales psiquiátricos. Su marco, por tanto se centra en las grandes enfermedades mentales (psicosis), quedando desplazados los problemas psíquicos menores que no requieren internación.
- 4- La posición conceptual es marcada por el modelo médico-orgánico de la enfermedad. La orientación general de la medicina, en cuyo seno la psiquiatría intentó situarse, y algunos descubrimientos esenciales sobre la etiología orgánica de ciertos procesos psíquicos, como el origen sifilítico-orgánico de la demencia parálitica (PGP o parálisis general progresiva) en 1822 y 1879, la detección de deficiencias de tiamina en alcohólicos con síndrome de Wernicke (1881) o el papel del alcoholismo en el síndrome de Korsakoff (1887), propiciaron esta postura.

Siglo XX:

En 1883, **Emil Kraepelin** (1856-1926), discípulo de Griesinger, publica la primera edición de su «Tratado de Psiquiatría». A través de las nueve revisiones de su obra (la última aparecida en 1927) construyó un

sistema de clasificación de los trastornos mentales que integraba el enfoque descriptivo y longitudinal, que con anterioridad había establecido Kahlbaum, con el sistema conceptual de enfermedad orgánica propuesto por Griesinger. En este sentido, Kraepelin formuló su clasificación en orden a la agrupación de síntomas que regularmente aparecían juntos, lo que le hizo suponer que se trataba de enfermedades en sentido estricto, cuya causa (orgánica), curso y pronóstico serían diferentes en cada una de estas entidades. Consecuentemente cada una de ellas tendría en el futuro un tratamiento específico. En su 6.^a Edición (1899) delimitó el modelo definitivo de dos enfermedades fundamentales: la psicosis maníaco-depresiva (PMD) y la demencia precoz (término que E. Bleuler sustituyó por el de esquizofrenia), fruto esta última de la reagrupación de entidades hasta entonces dispersas como la hebefrenia de Hecker y la catatonía de Kahlbaum. Aunque Kraepelin mantuvo un criterio riguroso del modelo médico, reconoció en la séptima revisión de su obra que algunos trastornos leves, como las neurosis, podrían ser de origen psicógeno.

La concepción kraepeliniana de la enfermedad mental, situada dentro de un criterio científico-natural estricto, pronto se vió sometida a las siguientes críticas:

- 1- Aspectos clínicos (hacen hincapié en la desconexión entre la estructura clínica y la etiología):
 - a) Existen casos cuya clínica no puede ubicarse ni en la PMD ni en la esquizofrenia (Wernicke, Kleist).
 - b) Las psicosis exógenas o de base orgánica, cuyas causas son múltiples, tienen una expresión clínica común (reacción exógena aguda descrita por Bonhoeffer en 1907).
 - c) En psicosis orgánicas de etiología clara y definida como la PGP no se puede hablar tampoco de unidad nosológica, porque puede manifestarse el trastorno a través de diversos síndromes, cuya relación no se efectúa con el substrato cerebral, sino con factores previos que se dan en el sujeto normal.

- 2- Aspectos conceptuales:
 - a) La expresión clínica es consecuencia de la reacción total del sujeto a su experiencia somática, psicológica y social.

- b) A excepción de las psicosis orgánicas, en el resto de trastornos es más importante el estudio psicodinámico que el diagnóstico clasificatorio.
- c) Todas las enfermedades son similares, diferenciándose solo cuantitativamente según el estadio en que se encuentran.
- d) Ciertos trastornos psíquicos, como las neurosis y las psicopatías, no se adaptan en absoluto al concepto clasificatorio de enfermedad.
- e) Es cuestionable la existencia misma de la enfermedad como expresión psíquica morbosa.

Todas estas críticas, algunas más certeras que otras, reflejan las insuficiencias de la clasificación kraepeliniana. Es importante, sin embargo, destacar que a pesar de ello ha servido y sirve para podernos entender en un lenguaje común, lo que posibilita la investigación y la claridad pedagógica. Falla, sin duda, esta posición estrictamente etiológica en su intento de explicar todo el contexto clínico con sus vicisitudes de evolución y pronóstico, lo que obliga a completar el diagnóstico etiológico con otro sindrómico, cuya relación de sentido le acerca más a lo personal y biográfico.

Otro personaje estelar de la época es **Sigmund Freud** (1856-1939), quien influido por la energía fisiológica de Helmholtz, Brücke, y Meynert, por los conceptos de Darwin elaborados por Jackson, por los estudios sobre la histeria y la hipnosis de Charcot, Bernheim y Breuer; elabora la teoría psicoanalítica, cuyas versiones, desde las más ortodoxas a otras más heterodoxas, llegan hasta la actualidad. Sus primeros trabajos con Breuer se publican en 1893 y su primer libro («Estudios sobre la histeria») en 1895.

Con el gran aporte de Freud se producen varios hechos fundamentales:

- 1- El centro de interés se desplaza de la «psiquiatría pesada» (psicosis) a la «psiquiatría liviana» (neurosis), produciéndose una amplia corriente de interés y dedicación que va de la psiquiatría a la comunidad y viceversa. El campo de la psiquiatría deja de circunscribirse a la locura y se extiende a otros campos cada vez más separados de ésta, con todas las ventajas e inconvenientes que ello supone.
- 2- Posibilita una comprensión más completa del fenómeno psíquico normal o patológico. Con Freud la psicología de las funciones se

convierte en una psicología del hombre. A través del psicoanálisis se introduce la noción de «sujeto» en medicina, es decir la historia de la enfermedad (descripción de signos y síntomas) pasa a ser la historia de un enfermo (interpretación del sentido de los síntomas a través del análisis histórico-biográfico). El estudio de la psicosis se ve por primera vez enriquecido con las concepciones dinámicas, cuya primera repercusión en la psiquiatría académica se produce a través de la obra de Eugen Bleuler en 1911, el cual estaba bajo la influencia de su colaborador Jung, discípulo a su vez de Freud.

- 3- Abre nuevos cauces de enfoque terapéutico a través de técnicas que se irán desarrollando en las siguientes décadas.
- 4- La exactitud puede ser referida a fenómenos no observables y no es patrimonio de la cuantificación propia de los métodos científico-naturales.

En otro orden de cosas y en otro contexto sociocultural y científico, surge la figura de **Ivan Pavlov** (1849-1936), cuyos trabajos, junto con la «ley del efecto», formulada por Thorndike (1874-1949) en 1905, constituyen los pilares del conductismo. En efecto, sus estudios sobre los reflejos condicionados e incondicionados, cuya presentación hizo en el XIV Congreso Internacional de Medicina celebrado en Madrid en 1903, abrieron nuevas posibilidades de acceso a la comprensión de la conducta humana. La repercusión de la obra de Pavlov en psiquiatría no se produce, sin embargo, hasta que sus ideas son tomadas de nuevo en 1913 por el psicólogo americano **Watson** (1878-1958), quien recoge el núcleo fundamental de su obra, los reflejos, rechazando el enfoque fisiológico que le dio Pavlov. No obstante, hasta bastantes años más tarde las concepciones de Pavlov y Watson no impactan realmente al quehacer psiquiátrico. Cabe destacar, asimismo, que con sus trabajos sobre neurosis experimentales de animales se abren vías para el desarrollo de una psiquiatría experimental.

A principios de siglo se publican dos obras de excepcional importancia para la psiquiatría contemporánea. La primera, en 1911, «Demencia precoz o grupo de las esquizofrenias» de **Eugen Bleuler** (1857-1939); la segunda, en 1913, la «Psicopatología general» de **Karl Jaspers** (1883-1969). Ambas surgen como un intento de romper con el molde rígido establecido por la psiquiatría kraepeliniana.

En la obra de Bleuler se produce una reordenación de los cuadros delimitados por Kraepelin. El término demencia precoz es sustituido por

el de esquizofrenia, por considerarlo más fiel a la realidad clínica. Incorporando la dimensión dinámica y el inconsciente a la clínica de las psicosis, describe y diferencia en la esquizofrenia unos signos primarios por disociación psíquica (síndrome deficitario negativo) y unos signos secundarios, tales como ideas y sentimientos, que son la expresión simbólica de los complejos inconscientes (síndrome secundario positivo). Con Bleuler se inicia una línea de enfoque clínico más rico en posibilidades que el kraepeliniano.

La obra monumental de Karl Jaspers tuvo y tiene repercusión decisiva en la investigación psicopatológica posterior. Con ella se introduce el rigor metodológico en psiquiatría, adecuándola para desarrollarse como ciencia. Amparándose en Dilthey y su clasificación de las ciencias describe dos métodos: 1) **el explicativo**; propio de las ciencias de la naturaleza, que tiene por objeto el hallazgo de correlaciones entre los fenómenos psíquicos y la base estructural somática, vinculando lo psíquico a lo físico y desconectándose de lo personal-biográfico, lo filosófico y lo metafísico, y 2) **el comprensivo**; propio de las ciencias del espíritu, que se fundamenta en lo psicológico y permanece en él, desentendiéndose de lo corporal e intentando entender la conducta en términos de relaciones de sentido entre los hechos histórico-biográficos.

Así distingue Jaspers (entre «explicar y comprender») como dos formas de acceder al fenómeno psíquico. De esta metodología se deriva la oposición entre los dos conceptos básicos de su obra: «**el proceso y el desarrollo**». En este sentido se sitúa el proceso como una interrupción de la continuidad histórico-biográfica, frente al desarrollo, exponente de la continuidad comprensible. La transformación psicológicamente incomprensible de la actividad psíquica es la característica esencial del proceso psíquico, que puede ser gradual o súbito (brote). Como ejemplos de proceso se encuentran la esquizofrenia y los síndromes demenciales; y de desarrollo, las neurosis y las psicopatías.

En 1913 publica la «*Psicopatología General*», que fue escrita a los 30 años, su obra de mayor importancia en psiquiatría y que se constituye en un hito en los estudios de psicopatología. Su actividad como psiquiatra fue breve y abarca sólo el período entre 1909 y 1913. En tan breve tiempo influyó de manera importante en el pensar psiquiátrico, ya que con posterioridad se dedicó prácticamente en forma exclusiva a la filosofía.

Las ideas de Jaspers se enmarcan en la corriente fenomenológica. En el período que elabora su psicopatología están presentes corrientes tales como

el positivismo, el psicoanálisis, la filosofía de Hegel y la fenomenología. El idealismo hegeliano representa un trasfondo desde el cual Jaspers intentará volver al estudio de los sujetos en cuanto seres humanos que padecen de trastornos mentales.

Recibirá de la fenomenología de Husserl (1859-1940) una influencia de la cual intentará alejarse en cuanto considera que el análisis llevado a cabo por este autor representa un distanciamiento del hombre concreto, inserto en la cotidianidad de su acontecer como un «ser en el mundo». El hombre, para Jaspers, deberá ser analizado como una pregunta por el ser, en cuanto este ser es existente. No se trata de preguntar desde un sujeto que objetiva su entorno considerando al ser humano como un objeto puro del conocimiento, tal como se desprende de un filósofo esencialista a la manera de Husserl, sino que, por el contrario, éste deberá ser comprendido como un ser o un estar en el mundo, en su existencia concreta, lo que «es para sí» y se encamina hacia su propia trascendencia. Con respecto a la ciencia, Jaspers estará de acuerdo con algunos resultados empíricos derivados de su método, pero se distanciará de ésta en cuanto signifique un alejamiento de la comprensión del existir del hombre en aquello que representa lo propiamente humano, que se aleja de los análisis objetivantes y científicos a la manera de un positivismo radical.

La ciencia estaba plenamente desarrollada en el siglo XIX, sin embargo, posteriormente, se tomó conciencia acerca de sus principios y procedimientos, cuestionándose el fundamento de ellas, lo que trajo como consecuencia la revisión de su método, el que fue considerado como un artificio o un constructo de la razón para conocer la realidad. El artificio se basa en que el objeto de conocimiento es considerado por la ciencia experimental como dividida o separada por un lado en lo real o lo objetivo y, por otro, la abstracción que se efectúa para construir formulaciones teóricas.

La fenomenología intenta superar esta dicotomía de la ciencia experimental. La realidad tal como es y especialmente el sentido y las características de lo mental permanecen desconocidos en sí mismos, sostiene Jaspers. Lo que conocemos de la realidad mediante las ciencias naturales es sólo un constructo teórico donde el enlace entre teoría y realidad es un salto llevado a cabo por nuestra razón al formular leyes que rigen o representan lo real. Las leyes sólo corresponden a un artificio, las teorías científicas se destacan por su provisionalidad y arbitrariedad y no representan, según la fenomenología, la verdadera naturaleza del ser humano en cuanto sujeto

que posee mente y vida psíquica, ya que tanto la realidad como la conciencia del sujeto son naturalizadas por el método científico.

Pero la fenomenología proseguirá buscando este ideal de científicidad que proporcione evidencias fundadas en conclusiones que posean validez universal. Las ciencias y el método experimental ejercen su acción sobre la realidad constituida como un objeto, es decir, efectúa una separación entre sujeto-objeto de modo tal, que el ser humano, su mente, su psiquismo son reducidos a hechos objetivos para ser estudiados mediante ya sea la experimentación o la observación. De este modo, el ser humano no es comprendido como una totalidad, sino que es reducido a hechos espacio-temporales determinados, tal como sucede por ejemplo en la física, la química, etc.

Para la fenomenología, el aplicar este esquema a la psicología ha provocado una limitación, ya que la conciencia, el conocimiento, la realidad y el sujeto permanecen naturalizados y no permiten esclarecer los problemas auténticamente humanos. El fenomenólogo debe trascender los límites que le impone el método científico, debe superar las ciencias experimentales y situarse en otro ámbito desde el cual le sea posible captar, estudiar y comprender lo mental. Este nuevo campo será el de la conciencia del sujeto donde se podrá obtener la validez de todo conocimiento posible. Para la fenomenología el acontecer es el ser mismo. El fenómeno, aquello que es capaz de ser comprendido, estudiado por la conciencia, no le subyace nada, no posee un substrato más allá del propio fenómeno, es lo que se da directamente frente a la conciencia para descubrir su verdad. Como fenómeno, lo psíquico es diferente a lo corpóreo, que puede ser estudiado o se rige por las leyes de las ciencias naturales. Para el fenomenólogo el cuerpo se constituye como un fenómeno ante la conciencia de aquel que lo estudia. Lo fenomenológico actúa como un flujo, nunca los fenómenos son iguales unos de otros, no permanecen idénticos, es acontecer puro, no pueden ser naturalizados, pues si lo hacen se escapa lo esencial. Volver a las cosas mismas, uno de los postulados de la fenomenología, significa volver a este mundo anterior a la abstracción que efectúan las ciencias, que a través de su método se alejan de la verdadera naturaleza de las cosas. Jaspers define la fenomenología así: «Tiene la misión de representar intuitivamente los estados psíquicos que experimentan los enfermos, según sus condiciones de afinidad, se limitan, se distinguen y se aplican términos precisos. Con esta finalidad se describen las manifestaciones externas del estado anímico, se estudian

sus condiciones, se comparan entre ellas mediante autodescripciones y confidencias de los enfermos».

Dice Jaspers que el objeto de la psicopatología es el acontecer psíquico consciente. Comprende tanto las vivencias como se expresan objetivamente en cuanto representan acontecimientos psicológicos, aunque la frontera entre lo psicológico y lo psicopatológico es a menudo tenue. El psicopatólogo debe estudiar los fenómenos normales para comprender los patológicos. La psicopatología está estrechamente relacionada con la psicología y la medicina somática. También posee importancia la filosofía, que le da al psicopatólogo una perspectiva para la claridad en los conocimientos, aunque las valoraciones éticas y metafísicas son independientes de los análisis psicopatológicos.

La psicopatología estudia al hombre que tiene por característica el ser libre, la reflexión, el espíritu, a diferencia del animal, que cumple automáticamente con las leyes naturales. El hombre en sus enfermedades somáticas es semejante al animal, pero las enfermedades psíquicas representan algo nuevo ya que afectan el alma. El alma no es para el psicopatólogo un objeto, sino que son sus expresiones, sus manifestaciones somáticas, el lenguaje, las obras, los que pueden ser estudiados. No es un objeto con cualidades, sino un ser en el mundo. Es devenir, desarrollo, diferenciación, nada definitivo y acabado.

En la psicopatología se reúnen los métodos de todas las ciencias. Biología, estadística, matemática, ciencias del espíritu, sociología, se aplican en ella ya que estudia al ser humano como un todo en cuanto a sujeto enfermo.

De este modo, además de la fenomenología como método se incorporan otras perspectivas y los resultados aportados por las ciencias, otras psicologías, etc., para llegar finalmente a una comprensión abarcativa de todo el saber psicopatológico. Cada una de estas corrientes representa aportes que culminan con la búsqueda de la comprensión por el todo del ser humano.

El método fenomenológico se enfrenta de un modo diferente a como había sido la posición del investigador hasta esa fecha. Previamente el observador anotaba las conductas externas del individuo, por ejemplo el tema de los delirios, tipos de pensamiento, describiendo los síntomas en forma externa. Estas vivencias morbosas, dice Jaspers, deben delimitarse y distinguirse en la forma más exacta posible. Se trata de ahondar en los síntomas tanto externos como subjetivos, los que se manifiestan en la intimidad del sujeto que son los de mayor valor diagnóstico. Esto fue no-

vedoso para la época de Jaspers ya que el psiquiatra no es ya un mero observador, sino que intenta experimentar estas vivencias. Es necesario que el enfermo escriba o relate sus vivencias morbosas espontáneamente de la forma más exacta posible y libre de cualquier influencia.

Su método será destacar, delimitar, diferenciar y describir los fenómenos mentales que de esta forma quedarán actualizados en lo que realmente sucede en el paciente, lo que verdaderamente vivencia, como algo que le es dado en su conciencia. Este estudio de las vivencias rebasa las consideraciones meramente teóricas que distorsionan o no comprenden el vivenciar tal como éste se manifiesta en la conciencia. Se deben dejar atrás las teorías tradicionales, las construcciones psicológicas, para dedicarse a aquello que podamos comprender y captar, diferenciar y describir en su existencia real, superando los prejuicios teóricos.

La seguridad que se alcanza a través del método científico-objetivo se logra en fenomenología por medio de las comparaciones, repeticiones y reexamen de las vivencias, tal como ocurre en las ciencias empíricas al comparar, repetir y reexaminar los hallazgos científico-naturales en el método científico experimental.

En resumen, el método fenomenológico se relacionará sólo con lo que es realmente vivenciado, con lo intuible y no con aquello que considere un supuesto teórico. La fenomenología ve a lo mental como una actualización inmediata y no se preocupa de la génesis causal de los fenómenos mentales.

La vida se manifiesta como un todo, pero los hechos se deben analizar en forma particular, ya que el todo no puede ser captado en forma completa. Para aprehender la totalidad se debe estudiar el curso de la vida, lo particular. El todo es como el infinito, no se puede agotar jamás. En el ser humano las relaciones entre cuerpo y alma se dan en una totalidad. En cuanto a la psicopatología, el todo lo podemos encontrar en las unidades nosológicas.

El ser humano es único, tiene su propia posición que se expresa en mejor forma a través de la filosofía y la teología. El ser humano es abarcativo como existir, espíritu, razón, existencia. Es una posibilidad abierta, no terminada y no terminable. Se realiza en determinadas manifestaciones, acciones e ideas.

El hombre como un todo no se convierte en objeto de conocimiento. No hay sistema del ser humano, siempre la totalidad es mayor. El conocimiento se efectúa sobre factores particulares como una realidad, pero la

realidad del hombre no es definitiva. Ningún hombre es totalmente abarcable, no se puede efectuar un juicio definitivo, es inagotable y enigmático. Por este motivo el hombre no puede ser conocido por las ciencias naturales, ya que no puede ser captado por ninguna objetividad. La ciencia, por su propio método, tiende a encubrir al ser mismo. Mediante la psicología empírica se conocen hechos, pero la psicopatología comprensiva debe conocer los símbolos, la existencia que no se reduce a objetos, sino que representa en forma más cercana al hombre mismo.

El aspecto más importante en la relación médico-paciente, dice Jaspers, es una comunidad existencial que va más allá de toda terapia. El médico no se podrá distanciar totalmente del paciente, siempre existe alguna simpatía o antipatía, debe colocarse en el lugar del enfermo. El paciente busca un destino y el médico le ayuda a su esclarecimiento, ya que ambos poseen un destino, aunque en el paciente la libertad le está restringida por el proceso patológico. El médico es una autoridad para el paciente, pero también es existencia para una existencia pues ambos buscan la trascendencia.

Los límites de la psicoterapia son insuperables:

1. Nunca puede suplantar lo que aporta la vida misma. De hecho, no se debe olvidar que se trata de un procedimiento artificial.
2. El ser del hombre en sí no puede cambiar. Existe un carácter que persiste, originario e incluso ontológico. Toda terapia debe reconocer este «ser así» para que se ajuste a estos límites. Se trata no de redimir al hombre sino de iluminarlo, pues cada hombre posee una filosofía acerca de su propia existencia.

De este modo, la realidad del mundo circundante y lo dado por el «ser así» constituyen los límites del esfuerzo psicoterapéutico, en el cual el médico y el paciente deben estar comprometidos dando lugar a la modestia, a la renuncia, como también a nuevas posibilidades en la vida del paciente.

La autoridad puede ser benéfica pero se debe considerar la «transferencia» propuesta por Freud con respecto a los impulsos hacia el médico, la que debe ser reconocida y superada.

El médico siempre provoca un efecto moral o psíquico en sus pacientes. Un peligro proveniente del médico es el fanatismo en los esquemas científico-naturales, al basarse en los resultados de la medicina somática, de la fisiología, de las ciencias naturales. El médico deberá buscar una posición intermedia entre el ideal científico y la libertad del sujeto. Debe actuar sin prejuicios, en forma bondadosa. Además, un determinado médi-

co sólo es buen terapeuta para un determinado círculo de personas a los que se ajusta y buscan la terapia con él.

También se deben evitar los fanatismos psicologicistas que tienden a hacer de la terapia una finalidad en sí, ya que esta posición se acerca a un fanatismo religioso. Ambas situaciones, tanto el extremismo del médico científico-natural como la actitud egocéntrica de una atmósfera psicologicista, menoscaban la libertad del hombre.

Deben existir instituciones que den normas de derecho y prevengan los peligros a que puede llevar la psicoterapia como instrumento de poder social. Además el psicoterapeuta debe autoesclarecerse, debe ayudarse a sí mismo, y de ahí la demanda por un tratamiento autoinstructivo, que debe ser supervisado. La psicoterapia debe utilizarse en sujetos con enfermedades o bien como ayuda para todos los que no necesariamente padecen de trastornos importantes.

Los terapeutas deben ser autoridades en cuanto a sabiduría, ser bondadosos; debe existir vocación; sólo las personas maduras pueden dedicarse a la psicoterapia. Debe ser un hombre culto que se nutra del conocimiento de la filosofía griega, de otros filósofos y, además, se conozca a sí mismo.

Por lo mencionado, Jaspers establece sólo normas generales sobre la psicoterapia, sus condiciones y peligros, sin entrar en detalles. Cabe destacar que la psicoterapia no estaba desarrollada en su tiempo, como también que la ciencia natural había alcanzado una gran influencia y dominaba la época en que fue escrita la psicopatología.

De Husserl adoptará el enfoque fenomenológico, pero se apartará de él al valorar la existencia por sobre las reducciones eidéticas que captan las esencias de los objetos ante la conciencia. El hombre está en estrecha relación con lo social, lo biológico y espiritual. Se puede decir que para Jaspers «la práctica médica y la filosofía eran para él una misma cosa. El ser médico era su filosofía concreta». Existía una admiración por el filósofo que se traducía en su propia personalidad.

El hombre, según Jaspers, asume su libertad que lo compromete en su existencia, toma decisiones libres que guardan armonía con su desarrollo personal buscando su propio destino. Éste es el resultado de un desarrollo recíproco entre las influencias externas al individuo y su disposición interna. La autenticidad del ser humano será para Jaspers el resultado de su libertad, aunque ésta a menudo no pueda manifestarse en forma permanente y sólo se consigue después de un laborioso esfuerzo, especialmente en las enfermedades mentales.

Otras figuras destacadas de la época son: Adolf Meyer (1866-1950), decano de la psiquiatría americana, quien introdujo en Estados Unidos el sistema kraepeliniano, pero oponiendo al concepto etiológico el de reacción psicobiológica (somática, psicológica y social); Clifford Beers (1876-1943), que fundó la Sociedad para la Higiene Mental, tras publicar en 1908 un libro que causó impacto: «Una mente que se encontró a sí misma»; Janet (1859-1947), que elaboró la brillante teoría de la disociación psíquica y el automatismo, Kretschmer (1888-1964), que con su obra «Constitución y Carácter» (1921) propulsa la investigación biotipológica; Goldstein (1876-1965) y Kurt Lewin (1890-1947), defensores de las teorías holísticas; Galton (1822-1911), Cattell (1860-1944), Binet (1857-1911), Terman (1877-1956) y Rorschach (1884-1922), pioneros de la valoración objetiva o proyectiva de la personalidad.

En Alemania, cuya hegemonía se mantiene durante el primer tercio de siglo, existen dos núcleos importantes del saber psiquiátrico. Por una parte, Kleist y su discípulo Leonhard son los más dignos representantes de la escuela de Frankfurt, que siguen la orientación clínica delimitando formas autónomas de las psicosis y defendiendo una posición localizacionista (cerebral) de la enfermedad mental. Otro polo de influencia es la escuela de Heidelberg, cuyas figuras más notables han sido Gruhle, Mayer-Gross, Kurt Schneider y Carl Schneider. La orientación fenomenológica jasperiana, clínico-descriptiva, marca la investigación de esta escuela cuyo centro de estudio es la esquizofrenia y concretamente la estructura anómala de la vivencia psicótica. La culminación de la hegemonía alemana puede fijarse en 1933 con la publicación del «Handbuch der Psychiatrie» en once volúmenes bajo la dirección de Bumke.

Hacia 1930 surge una corriente cuyo alcance llega, hasta nuestros días. Nos referimos a la corriente analítica-existencial cuyos representantes más destacados han sido Binswanger, Minkowski, Boss, Strauss, Zutt, Von Gebattel, Kuhn y Von Baeyer. Las raíces en que se fundamenta esta escuela son la filosofía y el modelo psicopatológico, aunque el psicoanálisis incide tangencialmente sobre ella. En efecto, sus bases filosóficas están asentadas en las obras de Bergson, Kierkegaard, Nietzsche, Buber, Max Scheler y especialmente, Heidegger, quien en 1927 publica su fundamental «Ser y Tiempo». El análisis existencial, cultivado especialmente por Binswanger (1881-1966), considera que la existencia como estructura total, en su-estar-en-el-mundo, abarca la intimidad del sujeto y sus relacio-

nes con «el otro», las estructuras sociales y las cosas (mundo propio, comundo o mundo social y circunmundo o mundo objetal).

Por otra parte, el modelo psicopatológico que dio base a esta nueva corriente recoge de Jaspers su fenomenología elementalista, pero desprendiéndose de ella en cuanto: 1) no considera unidades psíquicas elementales sino la totalidad de la historia vivencial interna; 2) intenta captar estructuras básicas y significaciones esenciales no estáticas, y 3) su modo de aprehensión es intuitivo-reflexivo.

La base de la prospección fenomenológica de esta escuela, se encuentra en las variaciones que se produjeron en el pensamiento del filósofo Husserl, que pasa de concebir la fenomenología desde su vertiente descriptiva y elementalista, en la que lo fundamental es la captación rigurosa del fenómeno, a otra en que lo importante es la captación de esencias. La temporalidad y la espacialidad adquieren en este marco un sentido más amplio y más rico.

Como se ve, la escuela analítica-existencial (corriente que no siempre llegó hasta sus últimas consecuencias, es decir al análisis de la existencia total del enfermo en su-estar-en-el-mundo; sino que en ocasiones se quedó únicamente en el análisis de estructuras básicas o categorías), permite una aproximación existencial al enfermo, facilitando una comprensión mucho más profunda del enfermar. Su riesgo más evidente es la subjetividad del análisis, y confundir la comprensión del caso individual y los contenidos formales de la existencia, con la raíz etiológica que promueve la enfermedad. Sigue siendo un método positivo siempre que se tengan en cuenta tales limitaciones. Desde el psicoanálisis, se ha acusado a esta corriente de insuficiente, ya que queda la duda de considerar las categorías como causas o consecuencias, por lo que hay que recurrir a métodos más incisivos de análisis.

A partir de 1945 la investigación biológica experimenta un auge extraordinario. Por lo pronto la psicocirugía, cuya iniciación tuvo lugar en 1936 con los trabajos de Antonio Egas Moniz (1874-1955) acerca de la leucotomía prefrontal, precisa nuevas técnicas (lobotomía, leucotomía transorbitaria, cingulectomía, talamotomía), al propio tiempo que proporciona nuevos conocimientos acerca de la fisiología y la fisiopatología del lóbulo frontal (capacidad de abstracción, regulación vegetativa, etc.).

También el auge de los tratamientos de choque se alcanza por estas fechas, pese a que los primeros aportes acerca de los mismos proceden de los años treinta: insulino-terapia de Manfred Sakel en 1933 y

cardiazolterapia de Von Meduna en 1934. En 1938 se comienza a usar el electrochoque de Cerletti y Bini, método que consiste en la aplicación de corriente alterna en el cerebro, mediante dos electrodos colocados sobre ambas sienas.

Mientras tanto la neurofisiología experimenta progresos importantes, merced al perfeccionamiento de las técnicas de implantación de electrodos, así como del análisis de la conducción nerviosa. La fisiología del diencéfalo (mediante las investigaciones de Hess), así como las de las estructuras prefrontales, temporales y del hipocampo (aportes de Penfield), van perfilando las bases mismas de la psicofisiología.

En 1952 tiene lugar la introducción de la clorpromazina (Delay y Deniker) y la reserpina en medicina, y concretamente en psiquiatría. Todo ello justifica la consideración de la psicofarmacología como «nueva ciencia», y su advenimiento como un hito excepcional en la historia de la psiquiatría.

El panorama que abre la psicofarmacología es, cuanto menos triple: a) como terapéutica, en sentido amplio (etiológica y sintomática) de las enfermedades mentales, b) como dilucidación de los mecanismos íntimos de los procesos psicofisiológicos, de sus modos y mecanismos de acción y, c) como fuente de provocación de psicosis experimentales.

A partir de aquí, se abren numerosas vías de investigación, que continúan hasta hoy, con el papel que algunos de los neurotransmisores cerebrales (dopamina, serotonina, noradrenalina), tienen en la etiología y patogenia de distintas enfermedades mentales, concretamente en la esquizofrenia y en las depresiones.

Por lo tanto, a lo largo de todo el siglo XX, los paradigmas en torno a la psicopatología y la psiquiatría, han variado sustancialmente.

Luego del descentramiento que sufriera la posición científico-naturalista, al menos en su forma hegemónica, se asiste a un enorme crecimiento del campo de las psicoterapias. Primero individuales, paulatinamente cobran vigor teorías y prácticas psicoterapéuticas familiares y grupales. Estas últimas, en ciertos casos, lindan fuertemente con el campo de lo social; como las terapias ocupacionales.

Así también, junto a los nuevos modos de abordar la enfermedad mental, se desplazan los planteos etiológicos acerca de la misma. Ya sea que se ponga el foco en el trastorno comunicacional (teoría sistémica: Bateson, Watzlawick); o en el factor social (antipsiquiatría: Laing, Cooper o psiquiatría comunitaria).

Muchos de estos planteos, si bien no proporcionaron una teoría unitaria de la enfermedad –por el contrario produjeron enfrentamientos–, tuvieron la virtud de acentuar la preocupación por el paciente; y generar formas, individuales, familiares y sociales, de mitigar el sufrimiento psíquico.

Las últimas dos décadas del siglo XX, son testigos de un resurgimiento del modelo científico-naturalista. La década del 90 fue considerada ‘la década del cerebro’, en la que enormes sumas de dinero se invirtieron para investigarlo. El crecimiento es paralelo a la gran cantidad de psicofármacos lanzados al mercado en los últimos años. Aunque no se crea que toda investigación y propuesta nosológica, responda a intereses comerciales más que científicos; es preciso señalar algunos aspectos, referidos al marco en el cual se encuentra el campo de la salud mental.

Por un lado, ha aumentado la medicalización de sectores de la nosografía, antes sólo reservados al tratamiento psicoterapéutico (como los considerados exclusivos del campo de las neurosis). Hoy contamos con medicaciones más seguras y eficaces; las que muchas veces, además, ‘permiten’ el desarrollo de la psicoterapia. Pero esta situación reabre, con justicia, la discusión acerca del ‘síntoma’ psíquico, su relación con la subjetividad; y cual es el lugar del fármaco y de la palabra, en referencia al tratamiento.

Así también, las nosografías se han visto modificadas, debiendo responder a las exigencias de la objetivación y la cuantificación científicas; tanto como de las nuevas formas empresariales de prestación en salud (por ejemplo, la serie de los DSM). Dichas nosografías brindan un servicio como unificadoras del discurso de cierta validez universal y permiten la comprobación de protocolos de investigación y tratamiento, entre otras utilidades. Pero también han generado críticas de enorme trascendencia. Señalemos algunas, sin la intención de tomar posición. Se ha dicho que tales clasificaciones, se tornan planteos descriptivos, que pierden consistencia frente a la compleja realidad de la clínica, despreciando el conocimiento y las prácticas psicopatológicas tradicionales. Producen además un borramiento, o una fragmentación, de categorías específicas, de valor tanto psicopatológico, histórico como epistemológico (por ejemplo, las neurosis). El pretendido ‘ateoricismo’ de las mismas, puede resultar en un teoricismo encubierto (ideológicamente), o inconsciente.

En cuanto a otros posibles planteos en el campo de la salud mental, las escuelas se han multiplicado; y aún las líneas, dentro de las escuelas.

A punto tal que casi puede hablarse de las psiquiatrías, los psicoanálisis, las psicoterapias.

Los desarrollos del psicoanálisis, han sido particularmente extensos e intensos. Divididos en diversas líneas teóricas, han sostenido y discutido, los postulados básicos de Freud.

Como puede observar todo aquel que se halle en el campo de la salud mental, en el momento actual, existe una imbricación de las diferentes posturas paradigmáticas. Aún la vieja noción de ‘alienación’, resulta vigente en la psiquiatría forense.

Finalmente, para algunos autores, en nuestro tiempo, se asiste a una nueva crisis paradigmática.

Considero entonces el campo de la Psicopatología, la Psiquiatría y la Salud Mental, como una zona temática propicia de entrecruzamientos de discursos y praxis para que la situación actual, referida previamente, encuentre canales fructíferos de discusión y de integración.

LO NORMAL Y LO PATOLÓGICO EN PSICOPATOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

La palabra **normal** (del latín norma, escuadra formada por dos piezas perpendiculares) indica lo conforme a regla, es decir lo regular, «aquello que no se inclina ni a derecha ni a izquierda, lo que se mantiene por tanto, en su justo término medio». Con este criterio estadístico, propio de las ciencias naturales, normal equivale a promedio, es decir al módulo de un carácter mensurable. Es normal lo que se manifiesta con cierta frecuencia en la población total, según su edad, sexo, raza, procedencia, etc.

En contraposición, **lo anormal** comporta entonces una desviación cuantitativa, en más o menos, de la forma, graficable según la curva de frecuencias de Gauss, de tal modo que las desviaciones o anormalidades resultan tanto más significativas cuanto más alejadas aparecen del centro de la campana.

La cosa así planteada es muy sencilla. Todo se reduce a medir cantidades con estricto rigor científico. Pero, aplicado al hombre, este método estadístico suscita de inmediato dificultades insoslayables. ¿A partir de que datos numéricos pueden considerarse anormales ciertas y determinadas variables biológicas, como la talla, la frecuencia del ritmo cardíaco o la resistencia física al esfuerzo? Siguiendo por este camino, se llega a confundir lo normal con lo regular, y lo habitual con la mayoría, y viceversa;

se podrían pasar por alto algunos hallazgos que no por comunes, dejan de tener connotaciones patológicas. Y es que, cuando se pasa del plano físico al psíquico, aumenta la complejidad, pues las manifestaciones de la vida psíquica no son todas factibles de medición, sino excepcionalmente.

Conviene recordar aquí, una vez más, que la psiquiatría funciona cabalgando a horcajadas sobre las ciencias de la naturaleza y del espíritu. De modo que los saberes **nomotéticos** pueden medirse, analizarse y clasificarse; más no así los **idiográficos**, en los que cabe la descripción de los acontecimientos de hechos particulares o individuales. Por ej. el genio se da con rareza; es un hallazgo estadísticamente anormal, pero a nadie se le ocurriría considerarlo patológico. De manera tal que la frecuencia no constituye un criterio absoluto. Ni siquiera nos ofrece un fundamento firme para deslindar los campos de la psicología y la psicopatología. Un buen diagnóstico requiere que lo normal caiga dentro de límites determinados por una desviación estándar a uno y otro lado de la media. Pero hasta ahora, que se sepa, no existe ninguna línea de separación neta entre las variaciones innatas propias de la salud y las variaciones adquiridas que constituyen los síntomas de una enfermedad mental. Con muy buen tino, Canguilhem zanja la cuestión en estos términos: «La norma no se deduce del promedio, sino que se traduce en él». La norma nunca puede emerger directamente de una mera distribución cuantitativa (salvo cuando se trata de desviaciones considerables o de diferencias cualitativas sobresalientes). Por eso, por aplicar técnicas empíricas y muestreos estadísticos es que las investigaciones epidemiológicas realizadas hasta hoy por diversos autores, arrojan datos tan dispares como el 5 % y 60 % de trastornos mentales en la población general.

Por lo tanto, el criterio estadístico de normalidad tropieza con graves obstáculos, y como, en su propia aplicación, tiene que apelar incluso, al uso de juicios de valor. Pues, ¿qué otra cosa hacemos cuando decidimos que las personas que tienen un CI por debajo de 70 poseen un retraso mental? Podríamos haber fijado el límite en 75 u 80 y, sin embargo, influídos por una valoración indudablemente subjetiva, optamos por 70.

La antropología cultural nos enseña que existe un «relativismo cultural», es decir que cada civilización, cada grupo, dispone de su propio sistema de normas. Ninguna conducta humana es normal o anormal en absoluto; la misma conducta puede ser normal en una cultura y anormal en otra. De modo que, por esta vía, no cabría imaginar una universalidad de las categorías psiquiátricas.

El **criterio estadístico** es positivista, y sugiere un contínuum y una homogeneidad entre sus extremos. Aplicado a la patología, esto quiere decir que no existe una oposición sustancial entre salud y enfermedad. Solo existen diferencias de grado entre esas dos maneras de ser: la exageración, la desproporción, las desarmonías de los fenómenos normales constituyen el estado de enfermedad.

En cambio, el **criterio teleológico** se basa en la subjetividad, y se centra en las finalidades y sinificaciones de la conducta humana que no pueden ser medidas ni verificadas «objetivamente», y por lo tanto, no admiten matices sino diferencias cualitativas sustanciales.

Hay una **tercera dimensión**, que arranca de la interioridad existencial del hombre, de su sufrimiento, vivenciado éste como una realidad dolorosa que no existía antes. Por lo tanto, la enfermedad irrumpe como algo extraño, positivo, agregado a lo habitual, que abarca su totalidad existencial. Ya lo dijo Kant: «El bienestar no se siente, porque es mera conciencia de vivir». No menos ilustrativas son las palabras de Leriche: «La salud es la vida en el silencio de los órganos. La salud es la inocencia orgánica. Como toda inocencia tiene que ser perdida, para que sea posible su conocimiento». Estar enfermo significa, pues, un acontecimiento personal que trasciende, con mucho, a la simple lesión o disfunción de los órganos. Lo patológico, lo anormal, penetra entonces toda la vida individual consciente, imprimiéndole a la propia existencia un contenido angustiante y original. No se puede comprender sino como un anticipo o amenaza de la muerte. El «pathos» en tanto padecimiento, sirve de apoyo para una buena definición de anormalidad. El único inconveniente que aparece aquí, es que no siempre coincide dolencia con enfermedad orgánica. Puede ocurrir una patología física sin dolencia (muchas lesiones al comienzo pueden pasar inadvertidas), y una dolencia sin evidencias de lesión orgánica, como es el caso de las neurosis. Por supuesto, que una y otra constituyen situaciones vivenciales anormales.

En fin, lo normal y lo patológico en psiquiatría siguen siendo conceptos equívocos. El criterio estadístico resulta insuficiente para captar significativamente los rumbos de la vida humana, y el criterio teleológico es difícil de perfilar. En la práctica tenemos que apelar, en forma complementaria, a los dos. Tenemos que reconocer que todavía no disponemos de una certera definición científica de normalidad y anormalidad. Quizás parte de la solución pueda enfocarse por el horizonte de una «psicopatología comprensiva», no tanto explicativa, centrada en lo his-

tórico-biográfico, es decir en el desarrollo personal (patobiografía del sujeto), para una mayor comprensión de la multidimensionalidad y multicomplejidad que es el hombre.

Para **Henri Ey** la enfermedad mental implica, siempre, cualquiera fuese su causa, una desestructuración de la conciencia y, por ende, una pérdida de la libertad. Concebido el psiquismo en sentido evolutivo, como forma de integración personal del organismo, la enfermedad se manifiesta por dos clases de síntomas: a) unos deficitarios o primarios, por ausencia de comportamientos más diferenciales del ser psíquico, y b) otros positivos o secundarios, por reactivación de niveles de organización inferiores. Por lo tanto, el hombre enfermo psíquico retrograda, a los modos de existencia en los que dominan los estratos inconscientes del ser, con su cortejo de lo pulsional y lo fantasmático.

Se puede abordar el fenómeno de la enfermedad mental, desde un triple punto de vista: **a) natural, b) personal y c) cultural.**

Visto desde lo **natural**, lo típico y genérico de los trastornos mentales es la regresión. En efecto, en todos ellos se observa una persistencia de pautas infantiles o una desorganización del ser psíquico, de la conciencia en particular, que lo retrotrae al hombre a etapas pretéritas, afines de algún modo a la conducta de los niños y de las sociedades etnográficas. Las estructuras nerviosas superiores, o no llegan a funcionar o dejan de hacerlo por causa de lesiones o inhibiciones. Por este motivo, las estructuras inferiores y más antiguas desde el punto de vista onto-filogenético, entran a comandar los nuevos comportamientos.

Paralela a este desarrollo natural, y a su correspondiente involución o desorganización, corre **la historia personal del hombre.** Éste se aliena, deja de pertenecerse a sí mismo, cuando pierde su unidad existencial. La experiencia no encaja entonces en el pasado, ni sirve de plataforma para lanzarse a «pilotear su proyecto de vida». Por lo tanto, el hombre naufraga en un presente desesperanzado, fuera de tiempo y, con el afán de mantenerse a flote a cualquier precio, tiene que enajenar partes de sí. Este proceso de reducción y empobrecimiento, afecta sobre todo a la conciencia y a la razón, las cuales al extraviar su control son invadidas por las formaciones del inconsciente. El hombre ya no es dueño de su destino, disociado, ya no se capta en la totalidad de su ser. Vegeta en un mundo de extrañas significaciones, en el que se siente a merced del otro, o de lo otro.

Pero la enfermedad mental no es solo una cuestión natural y personal, sino que también se visualiza en el **plano de la cultura.** Solo ésta, a

través de las costumbres, de preceptos religiosos, concepciones filosóficas y otras ideologías, determina quien está «desviado de la norma». Desde este punto de vista se lo percibe al enfermo como un inadaptado al orden social, semejante al delincuente, a la prostituta o al suicida. El enfermo no comparte las reglas del juego y se aísla. La sociedad, o el grupo familiar, al propio tiempo necesitan del enfermo, por lo que éste representa de anormal o distinto, para diferenciarse y reafirmar sus propias normas, valores e ideologías. Y muchas veces para «deslindar responsabilidades» en la génesis de la enfermedad mental, que la propia familia o la sociedad construyen. Para preservar la unidad del sistema social, es necesario que el sistema enajene, margine, aleje a la periferia, precisamente, a aquellos que suscitan más conflicto. Hay que reconocer que el organismo social, para funcionar armoniosamente, está obligado a rechazar todo lo que no puede asimilar dentro de sus tejidos vivos.

Estos tres planos descriptos, corresponden, en fin, a los tres grupos de factores que generan el trastorno mental: **los naturales, los personales y los socioculturales.**

Como comentario final, se podría decir que el concepto de normalidad podría reducirse a todo aquello que contribuyese al desarrollo cabal del hombre, y, «contrario sensu», por anormalidad tendríamos que entender, exclusivamente, los impedimentos, errores y falacias que dificultan el acceso a una existencia más libre, consciente y responsable.

PARTE II

MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN EN PSICOPATOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

Hay dos perspectivas centrales para el estudio de la conducta humana. La **perspectiva nomotética**, abocada a la investigación y descripción de leyes de validez universal; y la **perspectiva idiográfica**, fundamentalmente individual y buscadora de diferencias entre sujetos.

La observación de la conducta humana nunca puede ser «objetiva», pues siempre el observador forma parte del campo de lo observado. Es, se quiera o no, un observador participante. De ahí que tiene que violentar la realidad en el acto mismo en que trata de aprehenderla. No solo eso: toda observación, toda descripción es necesariamente selectiva, discriminante. Conocemos solo fragmentos de la realidad. Admitamos que resulta difícil emplear categorías como instrumentos para hacernos cargo de la realidad, sin caer en la falsa tentación de tratarlas erróneamente como si fueran realidades absolutas en sí mismas.

La conducta humana, como la historia, es impredecible. Y no podría ser de otro modo porque el ser humano está obligado forzosamente, permanentemente a optar, a elegir, a dar un significado, una finalidad a sus actos. De ahí que los métodos científico-naturales no puedan dar razón, por sí mismos, de la conducta humana, sana o enferma.

Eso de que «el hombre es un animal racional» como decía Aristóteles, tiene sus reservas. Si alguien pudiera observarnos desde el espacio sideral, ajeno por completo a nuestra naturaleza, se vería en apuros para defender nuestra pretendida racionalidad. El hombre, para citar solo un ejemplo, está destruyendo su ecosistema, sin caer en la cuenta que esto implica su propia destrucción como especie.

Freud, visualizando nuestra historia ontogénica, sostiene que el hombre es un **sujeto pulsional**, más que un sujeto racional. Es decir, el hombre es más un ser que actúa y que siente, que un ser que piensa o que razona.

En un extremo de la disección causalista en psiquiatría, se encuentra el reduccionismo; éste trata de explicar los trastornos mentales desde una perspectiva molecular, o desde un problema temprano en la diada madre-hijo.

En el otro extremo, están las concepciones holistas, como la teoría general de sistemas o los modelos biopsicosociales, que integran los diferentes niveles de un sujeto (molécula, organela, célula, tejido, órgano, sistemas) y su interacción con los sistemas psicosociales (familia, escuela, trabajo, sociedad, nación, universo, etc.).

La psiquiatría, como rama de la medicina, necesita adoptar modelos integrativos, sin dejar de reconocer que el enfoque reduccionista es de utilidad como base estructural epistemológica.

Métodos explicativos y comprensivos:

Dado el carácter **heteróclito** y **heterológico** de la psiquiatría, la investigación sigue en ésta, dos modelos básicos, el biológico y el psicosocial, que corresponden respectivamente a las dos vertientes de la psiquiatría: **la heredobiológica y la psicosocial**. En el modelo biológico privan los métodos explicativos, y en el modelo psicosocial los métodos comprensivos.

Los métodos explicativos buscan las causas de los fenómenos psíquicos y adoptan la forma discursiva razonante de los métodos científiconaturales en sus dos formas clásicas: el empírico-inductivo y el hipotético-deductivo. Se aplican, particularmente, a las investigaciones neurofisiológicas y clínicas; en principio a todo lo mensurable. Los métodos explicativos o científiconaturales, implican un conocimiento racional, sistemático, exacto y verificable. Pero, en cambio, no pueden agregar nada de valor al significado de la experiencia, a lo que esta tiene de significativa para el sujeto, es decir a su absoluta singularidad.

Muchos fenómenos psicopatológicos no admiten ninguna explicación. Captar las motivaciones de la conducta humana, es decir las relaciones de sentido, no pueden ser explicadas sino comprendidas (Dilthey, Jaspers). Los métodos comprensivos son propios de las ciencias de la cultura. La comprensión de los fenómenos psíquicos capta el «sentido» de las vivencias. Por supuesto que la comprensión no pretende alcanzar el grado de «exactitud» que se logra con la explicación, ya que son métodos radicalmente distintos. Pero esto no significa que los métodos comprensivos no sean científicos. Lo «científico» no es solo lo mensurable y verificable, (ilusión que sostuvo mucho tiempo el positivismo), ya que a través de los métodos comprensivos se pueden arribar a conclusiones (referidas a las finalidades y significaciones de la conducta humana, es decir a lo teleológico), con las que, de ninguna manera se pueden acceder con los métodos explicativos. El conocimiento del sentido de la conducta humana es también una forma de hacer ciencia.

La realidad clínica-psiquiátrica demuestra en la práctica diaria la necesidad que tiene la psicopatología de apoyarse en diversas ciencias y teorías del conocimiento para seguir adelante en su desarrollo. Es necesario por lo tanto, **un enfoque científico natural por un lado, y un enfoque científico cultural por el otro**; ya que el hombre es un ser de naturaleza y de cultura (natura y nultura). Al estatuto biológico del sujeto se lo debe enriquecer y ampliar con el estudio vivencial y de sus modos de existencia. Así, la psiquiatría cabalga entre las ciencias de la naturaleza y las ciencias del espíritu, es **nomotética** (admite un saber sobre lo general) e **idiográfica** (contempla un saber sobre lo individual) al mismo tiempo, y ambos métodos se complementan en el proceso científico.

El camino para la superación del dualismo cartesiano es difícil. Fácilmente se suele caer en él. La pregunta tan repetidamente formulada de «¿esto es psíquico o somático?», no tiene respuesta clara si no somos capaces de asumir la realidad unitaria del ser humano. Esta pregunta solo tolera una respuesta: «no es ni lo uno ni lo otro, sino ambas cosas». La práctica diaria demuestra que las enfermedades mentales están compuestas por factores físicos, psicológicos y socioculturales. Lo somático, lo psicológico y lo sociocultural no se contraponen, sino que se integran en un todo que es el ser humano; único, diferente e irreplicable.

Si la psicopatología y la psiquiatría están ubicadas dentro de las ciencias, es porque poseen una metodología propia.

La metodología es una disciplina que trata sobre los procesos de conocimiento particulares de cada ciencia, y principalmente de los límites de validez de éstos.

La epistemología, en cuanto teoría general del conocimiento, constituía antes una empresa metafísica que ha dejado su lugar a una empresa científica y concreta, que centra su estudio en la validez y los límites de los distintos métodos científicos. Por ello es comprensible que haya tantas metodologías como ciencias, puesto que por contraposición a la epistemología, la metodología centra su estudio sobre un objeto particular y concreto. Así, se logra desvincular las ciencias de la filosofía metafísica y dejarles el camino libre para la creación de «**metaciencias**» (ciencia dentro de y sobre la propia ciencia).

Por lo tanto, cada investigador opera en dos niveles: a) el que le compromete en su tarea de realización y puesta en práctica de los métodos científicos y, b) otro nivel paralelo, íntimamente relacionado y necesario para la validación del método creado, que es la tarea de crítico de su propio método. No es posible producir ciencia sin un método riguroso que nos permita obtener resultados estrictos.

En la práctica clínica, la selección de terapias y tratamientos debe ser presidida por una profunda reflexión que se encuadre en los conocimientos generales de nuestro quehacer científico; conocimientos que explican las normas generales que se sintetizan y sistematizan en las teorías científicas.

El primer científico que aplicó su método a la psiquiatría fue **Philippe Pinel**, definiendo la tarea primera de esta nueva ciencia como la recolección de los datos empíricos y material concreto. Así nace nuestra ciencia, con la observación, método que todas las ciencias naturales poseen como primera arma. Será la primera y única tarea para Pinel durante años, gracias a lo cual la «locura» toma de nuevo su carta de naturaleza perdida hacía siglos. De esta forma, Pinel, hombre de la Ilustración, introduce en psiquiatría el método experimental, es decir la observación repetida de los hechos y el análisis racional.

De ahí que el objeto de estudio de una disciplina científica sea doble: a) por un lado, estaría el fenómeno observado como primer objeto de estudio; b) por el otro, las deducciones, hipótesis e inferencias extraídas.

Posteriormente a Pinel, **Emil Kraepelin** dedica sus esfuerzos al estudio de los fenómenos observables, valorando principalmente el curso clínico de la enfermedad. Se podría decir que Kraepelin, desde una perspectiva médica, se dedicó fundamentalmente al estudio del objeto obser-

vable sin atender a otras manifestaciones. La posición kraepeliniana desde una perspectiva empirista (típica postura de la medicina positivista) llega a conclusiones que, aunque evidentes desde el positivismo, son cuestionables. Sin embargo, lo que podría denominarse neokraepelianismo adopta una postura más crítica e integradora.

Sigmund Freud, nacido como Kraepelin en 1856, incorpora al estudio de la psicopatología y la psiquiatría, a la subjetividad. La enfermedad pierde su sentido como ente abstracto, en tanto no sea considerada dentro del desarrollo biográfico del paciente. Para Freud los síntomas psiquiátricos poseen un sentido, no siendo ya los signos de una enfermedad, sino el mensaje que hay que interpretar de un paciente que no se puede expresar sino a través de ellos.

Dos métodos radicalmente distintos. Ambos han aportado a la psiquiatría conocimientos de sumo valor. Sin embargo, un kraepelianismo radical nos conduce indefectiblemente a una concepción deshumanizada, puramente taxonómica y, por lo tanto tan apartada de la realidad como la postura situada en el otro extremo, la que centra la comprensión del fenómeno psíquico en algo puramente intrapsíquico, social o cultural.

Como los fenómenos psíquicos no se pueden captar directamente, hay que proceder a su observación indirecta, es decir hay que inferirlos antes de proceder a su observación y descripción, para luego pasar a su análisis y síntesis racional.

En psiquiatría cabe distinguir dos tipos de observación: **la introspección** («mirar hacia dentro») y **la extrospección** («mirar hacia fuera»).

La introspección se refiere a lo que el paciente sabe y dice de sí mismo, de su vida, de su sufrimiento, de sus modos de sentir, de pensar y de actuar. Es la visión de lo psíquico obtenida desde adentro. Sin introspección no se podría acceder a las vivencias, ni comprender las relaciones de sentido; sin introspección no habría posibilidades de concebir una psicología auténticamente humana.

La extrospección consiste en cambio, en la observación, por parte de un agente exterior, de la mímica, de los gestos, de los ademanes, etc., es decir de la conducta externa del paciente. La extrospección es más «objetiva» que la introspección, ya que a esta última solo se accede a través del discurso del sujeto; pero con la introspección se alcanza a tomar contacto con un material más genuino y profundo.

De cualquier manera, los datos recogidos por ambas vías no son suficientes. Hay que ordenarlos, comprobar su veracidad e interpretarlos de

acuerdo con una idea preconcebida. **Toda observación, hasta las más pura e inocente, contiene ya un esbozo de interpretación.**

A diferencia de las **ciencias formales** (como la lógica y la matemática), las **ciencias fácticas** (como la psiquiatría), no pueden eludir lo subjetivo de las ciencias hermenéuticas, es decir de los métodos de interpretación. Por lo mismo, las hermenéuticas no pueden ofrecer explicaciones unívocas, al modo de las explicaciones y de las hipótesis que se alcanzan por el método científico natural. Pero, como ya se dijo, ambas son distintas formas de hacer ciencia, que pueden complementarse e integrarse.

Por cierto que la comprensión no excluye a la explicación, como la intuición no descarta a la reflexión. Puede hablarse inclusive de una **intuición reflexiva** (el «ojo clínico» con que capta el médico la «realidad» de su paciente). Es más: el hecho de que no se pueda explicar cabalmente un fenómeno, como la alucinación auditiva, no quiere decir que éste no pueda ser comprendido. Y viceversa, la comprensión de una experiencia como la del «ya visto», no implica que ésta pueda ser explicada por vía neurofisiológica. **Explicación y comprensión no se excluyen, sino que se complementan en la metodología de la investigación en psiquiatría.** Ha llegado el momento de aplicar un pensamiento interaccionista que permita construir modelos más integrativos y reales.

El método fenomenológico introducido por **Karl Jaspers** en psicopatología, trata de realizar una descripción directa e inmediata de la experiencia, sin que deban intervenir consideraciones sobre su génesis psicológica ni explicaciones causales del observador. Se trata, pues, de presentar el fenómeno tal como es, sin distorsión de ningún tipo. Sin embargo, la descripción y ordenación de lo psíquico anormal le conduce a dos procedimientos diferentes: **a) el explicativo**, que vincula lo psíquico a lo físico original, y **b) el comprensivo**, que permanece aferrado a lo psíquico y establece conexiones de sentido entre los hechos histórico-biográficos personales. No obstante en la interacción del método fenomenológico y el análisis existencial surgen, en un intento de captar las estructuras básicas y las significaciones esenciales de la sintomatología, diferentes corrientes fenomenológicas y existenciales: elementalista, clínico-descriptiva, genético-estructural, categorial y análisis existencial. Este último, centrado en los modos de existencia, trasciende los niveles de observación, reflexión e intuición propios de la fenomenología para pasar a la interpretación y vinculación existencial del psiquiatra.

Finalmente el **método conductista**, con raíces en la reflexología pavloviana, ha aportado notables modelos de conducta patológica, pero se centra en esquemas lineales excesivamente simples para captar situaciones clínicas complejas.

La ciencia, sea cual fuere la naturaleza de su objeto de estudio, es a la vez cuerpo de conocimiento y método para examinar el mundo. El método comúnmente utilizado por el científico, como hemos visto, es **la observación**; pero no una observación burda, sino destinada a contestar preguntas específicas planteadas con rigor. El observador suele crear una situación muy a menudo irrepetible de forma natural. Es común intentar excluir las deformaciones y prejuicios del observador. Generalmente trata de realizarse la observación de tal modo que la incurrancia de interacciones o influencias sea mínima y controlable, con lo que el fenómeno observado pueda ser «repetido» y gozar de la categoría de lo que se llama «objetivo» (aunque esto es discutible como ya se planteó). Sin embargo, existe una gran polémica acerca de la función desempeñada por la observación y el experimento. Unos inciden en el aspecto empirista del proceso científico, otros ponen el acento en el aspecto racional de la teorización. Dicha polémica entre un aspecto y otro, nace del problema filosófico que se plantea: ¿cuáles son los medios para alcanzar el conocimiento? Por ello se van a tratar algunas cuestiones referentes al problema histórico y filosófico del empirismo y el racionalismo.

El primer filósofo que plantea el problema es, sin lugar a dudas, **Platón**. Para él, lo «real» es lo perfecto e ideal y experimentado por la razón; lo «imperfecto» es lo percibido por los sentidos. Para Platón las ideas existían por sí mismas y en completa independencia de las experiencias sensibles. Su método de investigación partía del presupuesto de que el ser humano poseía verdades axiomáticas en forma innata, a partir de las cuales la razón podía extraer verdades consecuentes. Aquí surge el primer paso del dualismo en la existencia humana, que aún hoy perdura entre las diferentes posturas epistemológicas.

Aristóteles, concibiendo la mente como una función más de nuestro organismo, se opone a dicho dualismo. Lo «real» no se encontraba en la razón, sino en las cosas concretas, que encerraban en sí mismas una propiedad que las definía y mediante la cual se las podía clasificar. Una vez lograda la clasificación, mediante el razonamiento eran extraíbles todas las verdades del objeto clasificado. La «razón» aristotélica poseía como instrumento la lógica formal del silogismo. Con ello la metodología ra-

cionalista queda formulada en todo su apogeo. Pero con Aristóteles nace también el empirismo, ya que para la clasificación era necesaria la búsqueda de las propiedades definitorias en los objetos, lo cual le obligaba a una minuciosa y profunda observación.

En la Edad Media se realizan pocos avances en la metodología científica.

Es en el Renacimiento cuando tiene lugar la dicotomía entre lo físico y lo mental, poniéndose así los cimientos de la ciencia moderna. Se rechaza y desafía la autoridad de la Iglesia y se vuelven los ojos a la observación empírica, con lo que renace el habitual espíritu investigador del hombre. Las ciencias experimentaron un empuje radical en todas sus áreas, pero es **Descartes** quien propone dos tipos de existencia: la física y la mental. Ello no ocurre por casualidad, ya que partiendo de un racionalismo extremo y basándose en un modelo matemático que concibe un universo mecanicista, cae en un dualismo total al intentar relacionar estas teorías con su catolicismo. Así se obtuvo una separación entre las ciencias y la filosofía de lo mental. Esta separación fue responsable de que la psicología fuera enfocada desde la filosofía durante más de doscientos años. Sin embargo, el enfoque del mundo material pasó a ser problema de la investigación científico-natural.

Los filósofos ingleses, seguidores de Locke, imprimen una nueva orientación a la filosofía mental, que es separada de la vía de especulación racionalista y tomada como nuevo campo que ha de ser estudiado desde las ciencias de la naturaleza. Parten de un axioma fundamental: el mundo subjetivo de la conciencia es tan susceptible de un estudio objetivo como el mundo de la naturaleza. Partiendo de la concepción de los atomistas de la materia (Heráclito), se aplicaron al estudio de la conciencia y de sus elementos constituyentes y, por tanto, al estudio y formulación de las leyes que regían la combinación de estos elementos. Con ellos la introspección toma notable interés, ya que fue el instrumento para alcanzar estas metas. Con ellos se sientan las bases para la psicología empirista de Wundt. A partir de estos avances es lógico pensar que pronto pudieran encontrarse las teorías empiristas con la fisiología. Así aparecen intentos para coordinar los hechos psicológicos con los hallazgos anatómicos del sistema nervioso central. **Wundt**, ya en el siglo XIX, acabó por aplicar los métodos de los fisiólogos al laboratorio de psicología, apareciendo así las bases de la psicología experimental. Si bien el método introspectivo consideró la sensación como base de la experiencia, fue el estudio de la fisiología de los órganos receptores sensoriales

lo que ocupó el interés de los fisiólogos. La relación existente entre la experiencia y el grado de estimulación vino a ser estudiada desde un punto de vista puramente matemático. Con **Fechner** queda probada la existencia de relaciones de dependencia entre mente y cuerpo, susceptibles de ser cuantificadas matemáticamente.

Wundt utiliza su laboratorio de Leipzig (1879) para estudiar con el método introspectivo analítico, los estados de conciencia y técnicas experimentales sobre la fisiología de la percepción sensorial. Sus conclusiones acerca de los diferentes estados mentales apuntaban hacia que dichos estados eran una mezcla de sensaciones, imágenes y sentimientos. Estos elementos, al combinarse de diferentes maneras, producían las «síntesis creativas». Sin embargo, no pudo encuadrarlos en una determinada categoría lógica (lógica formal de Aristóteles) ni tampoco describir los atributos propios de cada uno. La falta de un acuerdo entre los investigadores del método introspectivo, sobre todo en lo referente a la categoría lógica y a los atributos de los elementos de los estados mentales (sensaciones, imágenes y sentimientos), dio lugar a numerosas críticas del método introspectivo.

El positivismo aparecía ya, y el introspeccionismo se veía criticado en cuanto si realmente era un método científico fiable. La nueva psicología que emerge, basada en un empirismo riguroso, reemplaza al introspeccionismo por completo. En Estados Unidos los nuevos psicólogos defienden el estudio de la conducta manifiesta, opinando que debían ser ignorados los estados subjetivos como objeto de estudio de la psicología (y por lo tanto la introspección).

Este empirismo de lo objetivo tiene su raíz palpable en **la reflexología de Pavlov y Bechterev**. Pavlov aceptaba la importancia de los fenómenos psicológicos, pero no podía dar valor, desde su postura de fisiólogo, a los psicólogos introspeccionistas. Pavlov, con sus estudios sobre los reflejos condicionados, dio a la humanidad uno de los más importantes instrumentos para el estudio objetivo de la conducta animal y humana.

En Estados Unidos, **Watson** desarrolló paralelamente sus investigaciones, coincidiendo plenamente con la escuela rusa. La psicología queda adscrita desde este punto de vista al gran árbol de las ciencias naturales, objetivas y experimentales. Evidentemente, la psicopatología incorpora todas estas tendencias en la medida en que su evolución es paralela. Con ello se hipertrofia el método empírico objetivo. Solo debe de ser válido lo observable manifiesto en cuanto es observado objetivamente.

Las generalizaciones se realizarán después de observaciones repetidamente comprobadas. Con ello la conducta queda reducida a un mero problema de relación estímulo-respuesta. Sin embargo el conductismo watsoniano dio lugar a diferentes tendencias.

Hull, adoptando la metodología conductista, deseaba introducir en la metodología psicológica el método hipotético-deductivo. Produjo así un sistema matemático que se proponía elaborar un marco de referencia racional que sirviese para solucionar los problemas de conducta. El modelo del cual partió fue la estructura teórica de la geometría, que partiendo de unas pocas definiciones y axiomas elabora teoremas por deducción. El teorema científico diferirá del modelo geométrico, en tanto que debe ser validado por la observación. Puede verse como este autor vuelve a las teorías racionalistas, que intenta unir con las empiristas.

Skinner, sin embargo, adopta un modelo empírico apartado de nuevo del racionalismo, rechaza el método hipotético-deductivo de Hull y defiende de nuevo el método inductivo en el que se procede de la observación a la generalización, basándose en los fenómenos observables en la relación estímulo-respuesta.

Así pues, el viejo problema de cómo llegar a un conocimiento confiable vuelve a reaparecer. Existe todavía tanta diversidad sobre la naturaleza del método científico que, incluso en la actualidad, se debate sobre la validez del método empírico-inductivo y el hipotético-deductivo. Este problema debe estudiarse ampliamente y juzgar cuales son los papeles de la inducción y la deducción en la metodología científica. Sería necesario admitir que ambos procedimientos están implícitos en los métodos científicos. Esta conclusión me lleva a plantear que, si desde la observación llegamos a la generalización (método empírico-inductivo) y si desde teorías formuladas de antemano comprobamos las predicciones realizadas desde ellas (método hipotético-deductivo), tenemos incluido en un solo método científico dos lógicas distintas.

Para finalizar este apartado sobre la metodología científica, me referiré al problema de la **metodología psicoanalítica**.

Expresa José Bleger: «El psicoanálisis no reúne solo la triple condición de ser procedimiento terapéutico, método de investigación y conjunto de teorías, sino que además constituye un desafío a la metodología de las ciencias de la naturaleza». El psicoanálisis distanciándose de las ciencias naturales crea un método particular y propio. Es pues, como

dice Lacan, un método de la absoluta singularidad de cada sujeto humano con relación a su deseo inconsciente.

El método psicoanalítico se fundamenta en dos conceptos básicos: **la comprensión y la interpretación**. El segundo sería el vehículo para utilizar la comprensión. Aquí es donde se produce la separación con las ciencias naturales, ya que éstas no tienen capacidad para controlar, verificar y objetivar el proceso del momento de la comprensión de los datos y los resultados. El discurso de las ciencias naturales encuentra en el método psicoanalítico algo que le es ajeno a su estudio, algo que ha apartado, escindido y negado, aunque se da constantemente como ingrediente, sin el cual no sería posible elaborar, investigar y crear: la comprensión.

Dice José Bleger: «No se trata de que las ciencias del hombre no entran en el método científico. Se trata de que el método científico no entra en las ciencias del hombre».

El método científico es válido, siempre que no excluya de su estudio dos vertientes importantes, que siempre son negadas: **a) la intervención humana en los objetos de estudio, y b) la intervención del observador**. El peligro de la deshumanización de la ciencia y la tecnología, es antiguo y conocido, pero nunca se plantea como un problema intrínseco a la metodología empleada, lo cual hace que lo que se produzca con dicha metodología, tenga casi siempre el mismo carácter deshumanizado.

En éste punto Bleger considera al psicoanálisis como un desafío a la metodología. Esta no puede ayudar en nada al psicoanálisis en su procedimiento; la comprensión, porque no se la puede explicar a sí misma. En definitiva ha apartado aquello que racionalmente no puede controlar, objetivar ni verificar, esto es, el momento subjetivo de la comprensión.

El objeto de estudio del psicoanálisis también es diferente; al menos queda planteado como a ser estudiado de otra manera.

Si bien el psicoanálisis inició su trabajo sobre lo que ocurre en el «interior» del paciente, el descubrimiento de la **transferencia** ha hecho que el estudio durante la sesión analítica se centre sobre lo que está ocurriendo en la relación interpersonal (analista-paciente). Ello implica estudiar también aquello que le ocurre al psicoanalista (**contratransferencia**). La epistemología deja de tener sentido como fin en sí misma, si no incluye al observador en la investigación. No se trata del estudio de entes abstractos, sino de la relación de un sujeto (analista) con otro sujeto (paciente o analizante).

Estas reflexiones sobre problemas tan arduos, como el replanteo de la validez de nuestra postura metodológica y la necesidad de una nueva

epistemología, no van destinadas a invalidar todo lo que hasta ahora se ha hecho, sino que, tomando estos logros en su justo valor, seamos capaces de caer en la cuenta de que los hechos jamás son «abstractos», y que la alienación proviene de la negación de la participación del observador en los hechos.

Si algo creó Freud, si algo descubrió y si algo lo ha hecho inmortal, no es solo el aparato metapsicológico descrito por él, **sino su método**; es decir el desarrollo de una psicología comprensiva que penetra en los fenómenos psicológicos normales o patológicos y de los significados de los mismos. **El psicoanálisis se ha creado para estudiar el terreno que se escapa a la metodología «científica», es decir el terreno de la interrelación de lo subjetivo / objetivo, y el terreno de la interrelación de lo racional / irracional.** También sería peligroso e ingenuo quedarse aquí, sin ser capaces de entender que el psicoanálisis tiene planteados serios problemas epistemológicos e importantes insuficiencias metodológicas, sobre todo en lo referente al control, comprobación y objetivación. Sería como no reconocer la enorme validez del método científico basado en lo «objetivo», y por tanto negar sus logros. Es necesario aceptar que unos campos de investigación ocupan lo que los otros parecen haber soslayado. Se impone, por tanto, una seria y profunda reflexión desde ambos terrenos para intentar una integración más útil y fecunda.

El psicoanálisis debe entrar en contacto con otros campos científicos, y saber encontrar aquello que le puede beneficiar sin renunciar a su método. Todo lo que aparte de los dogmas tanto al psicoanalista como al «objetivista» redundará en una mejor integración y, por tanto, en un mejor conocimiento y una mayor comprensión del sujeto humano.

La lógica del trabajo psicoanalítico no se ajusta realmente a la lógica de lo que llamamos racionalidad, en tanto que la razón que se aplica para demostrar, se aparta bastante del razonamiento que se aplica para pensar, comprender e investigar.

En la sesión analítica se trabaja sobre unos datos, que no siempre pueden ni deben ser, lo «visto» o lo «escuchado», sino también, (y ahí radica una de las piedras angulares del método psicoanalítico), **la subjetividad del paciente.** Por lo tanto, la naturaleza del dato psicoanalítico es compleja, ya que se trata de una interrelación entre dos personas que se hallan involucradas por completo. Por tanto, el «dato» queda configurado en cierta proporción por el propio analista. Y aquí es donde creo que la actitud científica del psicoanalista es válida, en tanto que incluye en la observa-

ción, aquellos fenómenos que el «objetivismo» excluye. **Puede decirse que se es más «objetivo» cuando se tiene en cuenta la subjetividad.**

Se entiende que el psicoanálisis tiene planteados problemas que son comunes con otras ciencias, como por ejemplo, las implicaciones ideológicas, y otros que le son específicos. Pero valgan estos comentarios como reflexión sobre los problemas centrales que son el núcleo de la potencialidad científica del psicoanálisis: su capacidad de investigación.

Bases genéticas de la conducta humana:

La genética es una disciplina científica, abocada al estudio de las leyes de almacenamiento, transmisión y expresión de la información hereditaria en los organismos.

¿Existe una genética de la conducta humana? Se puede contestar esta pregunta con otra. ¿Existe un ser viviente sin una actividad genética? No. Aunque es difícil hacer una clara delimitación entre conducta y actividad genética, esto no quiere decir de ninguna manera que no haya entre ellas una relación bien establecida.

El ADN posee toda la información para la formación de un ser vivo y también para el desarrollo de sus capacidades a lo largo de su existencia. La relación entre genética y comportamiento tiene sus antecedentes en la posición constitucionalista, que es muy antigua (Kretschmer y Lombroso).

Entre 1940 y 1950, se hacen aportes decisivos en cuanto a la biología molecular de las estructuras que están en la base de la herencia, lográndose la identificación química y estructural del material genético: el ADN.

En la actualidad, a pesar del desciframiento del genoma humano, es poco lo que se conoce de la relación íntima entre la conducta humana y la herencia.

Las bases genéticas de la conducta de un ser vivo no se discuten, ya que las estructuras orgánicas que sirven de base a la conducta se desarrollan en virtud de las indicaciones establecidas en el código genético. Patrones de conducta bien claros están ya presentes al momento del nacimiento; como la succión, la aprehensión, la búsqueda del pezón, etc., y otros se irán desarrollando posteriormente, coordinados y programados genéticamente.

La etología proporciona una serie de datos que apoyan este tipo de programación del comportamiento. Es evidente que existen procesos fi-

siológicos que impulsan a un animal a una conducta determinada y que éstos no son resultado del aprendizaje.

A nivel del comportamiento humano, se encuentran bastantes evidencias de la existencia de patrones de conducta determinados genéticamente, como son algunas pautas motoras que se han encontrado en etapas tempranas y en todos los grupos humanos: la sonrisa, el saludo con los ojos, las conductas de coqueteo, los gestos de rechazo, etc. Konrad Lorenz menciona que muchas formas de pensar y de juzgar, se basan en mecanismos desencadenantes innatos.

Genética en psiquiatría:

La finalidad del estudio genético en psiquiatría es demostrar la existencia y contribución relativa de factores hereditarios en algunos trastornos, determinar el modo en que se produce la transmisión y dilucidar sus mecanismos, investigando la serie de sucesos que conectan los procesos celulares a los síndromes o síntomas psicopatológicos.

Para ello la genética psiquiátrica se ha servido de los siguientes métodos:

- a) **Estudios familiares de riesgo:** Este método compara la probabilidad de que se desarrolle una determinada patología en los parientes de un enfermo, con la probabilidad en la población general.
- b) **Estudio de mellizos:** Consiste en comparar tasas de concordancia para un determinado trastorno entre pares de mellizos idénticos (univitelinos) y mellizos no monocigóticos. Las comparaciones pueden incluir casos en los cuales uno de los mellizos fue criado aparte del otro, mellizos que han vivido juntos, hermanos que han vivido juntos y hermanos que han vivido separados.
- c) **Estudios de adopción:** En ellos se compara la psicopatología de los padres biológicos con la psicopatología de los niños, o la relación entre los padres adoptivos y los niños.
- d) **Estudios longitudinales:** Son estudios prospectivos de sujetos que desarrollan o están predispuestos a una determinada enfermedad.

- e) **Uso de marcadores genéticos, asociación y ligamiento:** Si un síndrome va persistentemente asociado a un locus que mantenga una relación definida con el locus de un gen, responsable de un rasgo genético, puede emprenderse un estudio sobre la posible causalidad de un trastorno.

La genética no solo contribuye a la delimitación de entidades nosológicas en psiquiatría, también tiene importancia en la respuesta a fármacos (farmacogenética), ya que en ella participan mecanismos que tienen importancia en el tratamiento.

La contribución de factores genéticos en la esquizofrenia y en los desórdenes afectivos está demostrada por varios métodos. Grandes dificultades de interpretación proceden, sin embargo, de diagnósticos imprecisos en el terreno clínico. Debe tenerse presente que los estudios genéticos no solo deben conducirse para demostrar una determinada nosología, sino que aportan importantes elementos de juicio para construir una categorización nosológica más adecuada.

Franz Kallman ha sido uno de los primeros investigadores en esta intersección de genética y psiquiatría, enfocando sus estudios en la esquizofrenia y en los trastornos afectivos. En uno de sus trabajos menciona: «No existe conducta alguna sin un organismo, ningún organismo sin genotipo y ninguna adaptabilidad fisiológica sin una actividad continua e integrada de los genes».

Si bien tales estudios dan pie para sugerir que los factores genéticos son necesarios en la determinación de una determinada enfermedad, ello no quiere decir que tales factores sean suficientes para dar cuenta de las manifestaciones clínicas.

Para las conductas sociopáticas y la criminalidad, en cambio, (a diferencia de la esquizofrenia y los trastornos afectivos), el peso del factor genético es menor que el de los factores sociales y los modelos de identificación.

En el caso del alcoholismo, los datos sugieren que, al menos el 25% de los padres y hermanos del alcohólico, son también alcohólicos.

Existe un renovado interés por los componentes genéticos en los trastornos neuróticos. Hay alguna evidencia de ello en algunos tipos de neurosis obsesiva. Autores como Eysenck, han insistido en la heredabilidad de ciertos rasgos generales del comportamiento (por ej. neuroticismo), que en interacción con un ambiente desfavorable crearían conductas con un valor sintomático.

En relación con las capacidades intelectuales, son conocidos los casos en que alteraciones cromosómicas se asocian a retraso mental (por ej. el síndrome de Down), que está asociado a una trisomía del cromosoma 21.

El psiquiatra consultado por problemas de vulnerabilidad psiquiátrica debe remitir al paciente, si ello es posible, a un servicio de genética clínica. El estudio del pedigrée y del cariotipo puede ser de utilidad en algunos casos.

La causalidad de tipo circular, que parece operar en algunas enfermedades mentales, obliga a considerar tanto el nivel biológico como el psicosocial. El alcoholismo es un buen ejemplo de la complejidad de las relaciones causales en los trastornos mentales. El alcohol como agente causal del alcoholismo, es «un factor necesario pero no suficiente» para producirlo.

El cuerpo humano se organiza según un programa genético por su misma sumisión a la «lógica de lo viviente»; pero el cuerpo psíquico, sin separarse del cuerpo físico ni confundido con él, se organiza por sí mismo, integrado, en tanto es **Sujeto** de su propio programa personal.

La relación de los factores genéticos como causales de los trastornos psicopatológicos, es siempre relativa, ya que el sujeto humano no solo está «construido» en base a su material genético, sino también «se construye» en su devenir, en su desarrollo histórico-biográfico; es decir que el peso de lo psicosocial también es determinante a la hora de pensar las afecciones psicopatológicas. Recordemos que el hombre es una conjunción de naturaleza y de cultura.

ESTATUTO EPISTEMOLÓGICO DE LA PSIQUIATRÍA ACTUAL

Puede hablarse de psiquiatría actual a partir de la culminación de la Segunda Guerra Mundial, es decir de 1945, ya que a partir de esta fecha se producen una serie de cambios decisivos que afectan sustancialmente las directrices que tomará la futura psiquiatría.

Por una parte, se acaba la hegemonía de la escuela alemana y, con ella, toda una concepción de la psiquiatría, cerrada y hermética, pero también profunda y sistemática. La clínica pura, por tanto, va agotando sus últimas posibilidades de investigación si la consideramos en sus aspectos más descriptivos, mientras que mantiene su vigencia si se enriquece con los nuevos aportes de la psicología, la neurofisiología, la genética y la bioquímica.

Por otra parte, la psiquiatría europea va incorporando las teorías freudianas, ortodoxas y heterodoxas, y sus derivaciones, tales como las terapéuticas grupales iniciadas por Maxwell Jones en Inglaterra (1953) o las terapéuticas institucionales propulsadas por Sivadon, Tosquelles y Daumezon en Francia (1945) que cristalizaron en la «política de sector».

Pero es especialmente en Estados Unidos donde la influencia psicoanalítica se deja sentir con más fuerza, impulsada por los refugia-



dos judíos provenientes de la Europa nazi. La psiquiatría americana tendrá, por tanto, una orientación dinámica que repercutirá tanto en la actividad privada como en la académica.

La importancia de la situación mundial reside en el desplazamiento de los campos de influencia, ya que, si bien hasta la década del 40 la pauta venía marcada por la psiquiatría alemana y francesa, en el momento actual reside en la psiquiatría inglesa, en la americana y en determinados sectores de los países escandinavos y del norte de Europa.

Finalmente, se puede decir que la psiquiatría actual se vio conmocionada por las nuevas terapéuticas farmacológicas, que aparecieron en la década del 50. La repercusión que estos tratamientos han tenido, tanto en la planificación asistencial como en la investigación psicopatológica y clínica, los sitúa en un lugar primordial para explicar el desarrollo de la nueva psiquiatría. En la misma línea, la expansión y el perfeccionamiento de la neurofisiología y de la neuroquímica completan las fuentes de influencia de la llamada psiquiatría biológica.

Se describirán a continuación las teorías que conforman el estatuto epistemológico de la psiquiatría actual.

TEORÍAS PSIQUIÁTRICAS

Teorías organomecanicistas:

Siguen estrictamente al modelo médico u orgánico al considerar que la enfermedad y sus síntomas son consecuencia directa de trastornos somáticos concretos, específicamente cerebrales.

Ancladas en los postulados de la psiquiatría clásica, se han reafirmado gracias a los aportes de la reciente psicofisiología (genética, neurofisiología, bioquímica, etc.). En efecto, a lo largo del siglo XIX autores como Meynert, Wernicke, Clérambault, Seglas, Magnan, Griesinger, etc., apoyaron esta visión de la enfermedad, especialmente desde que se diferenció la raíz etiológica (*Treponema pallidum*) y la localización cerebral de la parálisis general progresiva o demencia parálitica, que fuera delimitada clínicamente por Bayle en 1822.

Durante el siglo XX, la tendencia localizacionista tiene su representante más notable en Kleist, para quien los diferentes síntomas son ex-

presión de disfuncionalismos de distintas zonas cerebrales. Investigadores actuales están igualmente en esta línea. Así, la implicancia de determinados neurotransmisores en relación con la etiopatogenia de la esquizofrenia y de las depresiones endógenas, son dos ejemplos significativos de esta línea.

Las críticas a esta tendencia doctrinal han sido parcialmente expuestas al referirme al aporte de Kraepelin y serán completadas al describir el modelo médico.

Teorías organodinamistas:

De común acuerdo con las tendencias anteriores, admiten un substrato orgánico; congénito o adquirido, de los trastornos mentales. Sin embargo, los síntomas no se relacionan directamente con lesiones específicas, sino que valoran sobre todo la llamada estructura psíquica dinámica, que se desorganiza en caso de la enfermedad para reorganizarse durante la misma a un nivel inferior más primitivo. La consideración de tal estructura es tanto como aceptar los condicionantes histórico-biográficos en la manifestación de la enfermedad.

Las bases de la teoría organodinámica, que está inspirada en la concepción de Jackson (1835-1911) sobre la neurología, son las siguientes:

- 1- La organización psíquica, al igual que el organismo, se estructura en función de un armazón dinámico y jerarquizado resultante de la maduración e integración de las diferentes funciones nerviosas y de la conciencia del sujeto humano.
- 2- La enfermedad mental es la consecuencia de la desorganización de esta estructura o de anomalías en el desarrollo y conformación de la misma.
- 3- El proceso orgánico es el agente del caos psíquico, produciendo una acción destructiva o negativa.
- 4- Con la pérdida de la organización superior y, por tanto, del control más elaborado, se produce una regresión psíquica en la que las fuerzas más primitivas se reorganizan a un nivel inferior (organización positiva) y confieren al cuadro su fisonomía clínica.

Una concepción tal de la patología mental se encuentra esbozada en las obras de Meyer, Claude, Janet, E. Bleuler, Conrad, Janzarik, etc.,

pero tiene su representante más notable en el francés **Henri Ey** (1900-1977). En efecto, Ey elaboró durante casi cuarenta años una doctrina sólida para esta teoría, que culminó en su obra «Tratado de las alucinaciones», publicado en 1973, el cual le consagra como la figura más importante de la psiquiatría francesa del siglo XX.

Como se ve, esta tendencia entiende la historia natural de la enfermedad a través de bases somatógenas y aspectos psicógenos. No en vano la obra de Ey se ve influida por autores tan dispares como Jackson, Husserl, Hegel o Freud, hasta convertirla en uno de los intentos más serios, notables y fructíferos que se han llevado a cabo en psiquiatría para superar la gravosa dicotomía cuerpo-alma (soma-psyque). Su peligro, tal como lo hace notar el propio Ey, reside en su abstraccionismo y en la posibilidad de quedar reducida a una pura construcción teórica basada en criterios solo hipotéticos.

Teorías conductistas:

El punto de partida se sitúa a principios del siglo XX con Pavlov y sus investigaciones en el campo de la fisiología. Desde sus inicios, esta corriente estuvo muy relacionada con la psicología experimental. Se podría decir de hecho, que si el evolucionismo de Darwin estableció una continuidad filogenética entre el animal y el hombre, el conductismo proporcionó una continuidad epistemológica entre las ciencias que estudian al animal y las que estudian al hombre, teniendo como objetivo el estudio de su conducta. El conductismo centra su objetivo fundamental en la **conducta observable y mensurable**, trabajando con conceptos operacionales, posición que vincula esta tendencia con las teorías que siguen las directrices de las ciencias naturales. Sin embargo, a diferencia de los modelos organicistas, rechaza el origen somático de la enfermedad, situando el trastorno en el terreno de la interacción sujeto-medio ambiente, donde lo que se produce **es una patología del aprendizaje**. Este enfoque psicologista, y ambientalista en última instancia, aproxima al conductismo a las opciones más dinámicas, e incluso sociogénicas, aunque con presupuestos muy diferentes a ellas.

Ya se ha mencionado a Thorndike y a Pavlov, cuyos precedentes se encuentran en Sechenov, quien ya en 1863 sustentó que todo acto, humano o animal, es en parte cerebral y en parte aprendido. Dos notables

artículos, uno de Watson (1916) y otro de Burnham (1917), constituyen el primer intento de aplicar a los trastornos del comportamiento los aportes de Pavlov y las de su contemporáneo, el también ruso Bechterev (1857-1927). La obra de Watson «Psicología desde el punto de vista de un conductista» se publicó en 1919 y la primera vía práctica de esta nueva corriente se abre con el trabajo experimental de Watson y Rayner en 1920 en el conocido Caso Alberto.

En las décadas de 1920 y 1930 se publican numerosos trabajos, la mayor parte norteamericanos y rusos, que intentan aplicar los principios del condicionamiento al tratamiento de una amplia variedad de trastornos. En la década del cuarenta la obra de Hull aparece como un intento de situar tanto el condicionamiento clásico como el instrumental en un único marco de referencia teórico. Se introduce cada vez con más insistencia el término teoría del aprendizaje al referirse a la conducta normal. Las teorías de Hull fueron elaboradas al final de la década del cuarenta por Miller, Mowrer, Wolpe y Eysenck.

En 1950 Dollard y Miller publican la obra «Personalidad y psicoterapia», donde se aproximan a la conducta patológica en forma teórica, no experimentalmente, desde los conceptos psicodinámicos y los principios de la teoría del aprendizaje. Es en esta época cuando en Inglaterra se produce un notable impulso de la teoría y práctica del modelo conductista bajo los auspicios de **Eysenck**, director general del departamento de psicología del Hospital Maudsley, en Londres y de los trabajos de **Shapiro**, director de la sección clínico-docente del mismo hospital, sobre la investigación experimental del caso individual. Paralelamente, Wolpe publica en Sudáfrica su libro «Psicoterapia por inhibición recíproca» (1958), de influencia notable en el futuro, que le diferencia de la aportación inglesa por tener un enfoque y aplicación esencialmente clínicos.

Mención especial por su importancia y trascendencia merece la figura del norteamericano **Skinner**, quien desde su obra «La conducta de los organismos», publicada en 1938, hasta su otra obra «Sobre el conductismo» (1974) ha tenido una repercusión evidente en toda la psicología mundial. Su aporte se realiza a partir del paradigma de condicionamiento operante desde una perspectiva esencialmente experimentalista. Su influencia en Sidman, Ferster, Sandler, Davidson, Krasner, y Lindsley es conocida. Finalmente, hay que mencionar la obra de Bandura, cuya incidencia se hace sobre el aprendizaje social.

Teorías psicoanalíticas:

Suponen la existencia de conflictos psicológicos internos, que son los que originan el trastorno psíquico. Su origen se considera ligado al descubrimiento del inconsciente, cuya raíz fija Ellenberger en 1775, fecha en que Anton Mesmer (1734-1815) desarrolla la idea del magnetismo planetario de Paracelso y supone que las enfermedades nerviosas son consecuencia del desequilibrio de los fluidos magnéticos universales. Las técnicas de Mesmer, fueron recogidas por el inglés Braid (1795-1860), quien formuló la idea de la hipnosis, que en Francia fue propulsada por un médico, Liebault (1823-1904), el cual, a su vez, influyó en dos figuras cuya relación con Freud fue directa: Charcot (1825-1893) y Bernheim (1840-1919).

Charcot, en La Salpêtrière, desde su formación organicista postuló para la histeria una deficiencia neurológica congénita, que la hipnosis pondría en actividad, mientras que Bernheim en Nancy, sostenía que los fenómenos histéricos eran el resultado de un estado de autosugestión, similar a lo que ocurre en el caso de la hipnosis. Este último autor adelantó la idea de que la histeria era un trastorno de origen psicogenético.

Durante su estancia en Francia, Freud se dejó influir por ambos autores, Charcot y Bernheim.

Jean Martín Charcot «dueño y señor de La Salpêtrière», uno de los principales hospitales de París, fue uno de los más dignos representantes del paradigma anátomo-clínico. Brillante neurólogo de su tiempo, al examen clínico de los signos y de los síntomas, Charcot agregó la búsqueda de la lesión orgánica y definió enfermedades importantes: el tabes dorsal, la esclerosis múltiple, la esclerosis lateral amiotrófica (o enfermedad de Charcot) y otras.

Para esa época, las salas de La Salpêtrière estaban atestadas de pacientes con histeria. La histeria (vieja enfermedad descripta por Hipócrates en el siglo V a. C.), se atribuía a las mujeres, por el desplazamiento del útero.

Siguiendo el paradigma anátomo-clínico, Charcot definió los síntomas y los signos de la histeria, y además buscó la lesión orgánica sin encontrarla. El mismo Charcot se dio cuenta que «algo no encajaba» en el paradigma, al menos para responder a la histeria.

El joven Sigmund Freud (que había venido de Viena con una beca para estudiar con Charcot), propuso al maestro un plan de estudio com-

parativo entre las parálisis histéricas y las parálisis orgánicas. Insistía Freud que había hipótesis que no armonizaban con los hechos.

Dice Freud: «...No cabe ya la menor duda sobre las condiciones que dominan la sintomatología de la parálisis cerebral. Tales condiciones están constituidas por los hechos de la anatomía del sistema nervioso. Charcot afirma que las parálisis histéricas son causadas por una lesión cortical, pero puramente dinámica o funcional. Equivale a decir que en la autopsia no se hallará modificación alguna apreciable en los tejidos. Por el contrario, afirmo yo que la lesión de las parálisis histéricas debe ser completamente independiente de la anatomía del sistema nervioso, puesto que la histeria se comporta en sus parálisis y manifestaciones como si la anatomía no existiese».

En el paradigma anátomo-clínico que enseña Charcot y aprende Freud, hay una clara relación signo-lesión para la parálisis cerebral, pero no la hay para la parálisis histérica. En esta última, los signos no pueden asociarse a una lesión anatómica cerebral.

Desde el punto de vista de Popper la hipótesis anátomo-clínica quedaría falsada o refutada en la explicación de la histeria.

Desde el punto de vista de Kuhn la histeria se presentaría como «algo que no encaja» en el paradigma anátomo-clínico: un efecto no previsto o una anomalía.

A partir de aquí, Freud da un salto epistemológico: rompe con el paradigma anátomo-clínico, y recurre a otra hipótesis de trabajo: el inconsciente y a la creación de un nuevo paradigma: el paradigma psicoanalítico (nacido de la crisis del primero en su fracaso para explicar las parálisis histéricas). De este período Freud vuelve a Viena con un bagaje fundamental de partida para su futura teoría: la hipnosis y sus posibilidades terapéuticas en los pacientes histéricos. Inicialmente, al volver a su país, trabaja en colaboración con Joseph Breuer, con quien publica su primer trabajo en 1893: «El mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos».

Ya solo en la investigación de los procesos inconscientes, Freud percibe pronto que la hipnosis tiene un valor limitado y elabora la técnica personal de la asociación libre, que junto con los sueños («La interpretación de los sueños» se publicó en 1900) le permitió construir el modelo psicoanalítico. En 1902 se forma la Sociedad Psicoanalítica de Viena, en 1910 se crea la Asociación Internacional de Psicoanálisis y, en 1909, por invitación de Stanley Hall, Freud pronuncia cinco conferencias en la Clark

University de Estados Unidos, país que recibe así su primer impacto psicoanalítico.

Hacia 1911 se producen dos deserciones importantes en el psicoanálisis. Me refiero concretamente a **Carl G. Jung** (1875-1961) y a **Alfred Adler** (1875-1937). Por su parte, Jung desvaloriza el papel omnipotente de las fuerzas sexuales ampliando el concepto de libido a otras energías vitales. Trabaja el concepto de inconsciente colectivo, lo que le lleva al estudio de las religiones y mitos. Su repercusión en el futuro de las teorías psicoanalíticas no ha sido, sin embargo, importante. Mayor trascendencia han tenido las concepciones de Adler sobre los sentimientos básicos infantiles de inferioridad, que dan lugar a esfuerzos inconscientes de compensación que conforman lo que él denominó estilo de vida. La teoría de Adler, que también rechaza la hegemonía de la libido sexual, tiene dimensión social al acentuar las tendencias humanas de interés social y de autorrealización, lo que contrasta con el determinismo pulsional de las concepciones de Freud.

Entre los denominados **teóricos sociales post-freudianos** se sitúan: Karen Horney (1885-1952), Erich Fromm (1900-1980), y Harry Stack Sullivan (1892-1949). Horney y Sullivan se han destacado por el análisis de las relaciones interpersonales y su traducción psicopatológica, mientras que Fromm pone énfasis en las influencias que la sociedad, tal como está estructurada, tiene sobre el sujeto, a la vez que profundiza en el campo de la antropología cultural.

Otra vertiente del psicoanálisis viene marcada por la corriente denominada «**Psicología del Yo**» que frente a la postura de Freud enfatizan la relevancia del Yo, bajo la descripción de sus mecanismos de defensa (Anna Freud), o como poseedor de cierta autonomía respecto a las dos estructuras básicas restantes (Ello y Superyó) (Hartman, Federn, Erikson, Rapaport). Tales teorías, concentran sus investigaciones en el desarrollo del Yo, sus funciones e incidencias patológicas y terapéuticas.

Influido por las concepciones psicoanalíticas y sin rechazar totalmente los aportes conductistas, se encuentra el denominado **modelo humanista** que enfoca, con una visión optimista del hombre, el desarrollo y los mecanismos de la personalidad, así como las potencialidades humanas, poniendo el acento en el «sí mismo» o identidad, la individualidad, la autoestima, los valores, la autorrealización y la libertad intrínseca del hombre. Con William James (1842-1910) como punto de partida, esta corriente viene representada por Maslow (1908-1970), Perls (1893-1970)

y Carl Rogers (1902), que es quizá su miembro más conocido e influyente desde sus aportes a la psicoterapia no directiva. En una línea similar al modelo humanista, cabe situar la **corriente existencialista**, cuyo representante más conocido es el estadounidense Rollo May (1909). Dicha corriente está afinada en las concepciones de Heidegger, Jaspers, Kierkegaard, Sartre, etc., cuyos postulados básicos ya se han analizado.

Hay dos figuras relevantes del movimiento psicoanalítico cuya importancia viene reflejada por el hecho de encabezar y orientar dos de las grandes corrientes psicoanalíticas de la actualidad. Me refiero a **Melanie Klein** (1882-1960) y a **Jacques Lacan** (1901-1981). La primera se distingue por el análisis de los estadios más tempranos en el desarrollo del sujeto; concretamente dentro del primer año de vida ha descrito las «posiciones esquizoparanoide» y «depresiva», como consecuencia del manejo que el recién nacido hace de la agresividad y de la introyección de los «objetos buenos» o «malos». Por otro lado, Lacan concede gran importancia al juego de los significantes que estructuran cadenas en el inconsciente. Lacan, desde el plano de la lingüística estructural, precisa: «El discurso del inconsciente está estructurado como un lenguaje».

Teorías sociogenéticas:

Su común denominador consiste en la consideración de la estructura social como génesis de la enfermedad mental.

Ya se han mencionado los aportes existencialistas y psicoanalíticos, concretamente autores como Horney, Sullivan y Fromm, que trascienden la ortodoxia psicoanalítica para situar la problemática en el marco de las relaciones interpersonales, lo que conlleva el reconocimiento de lo ambiental-social en la gestación de la patología psíquica. Los estudios clásicos de Durkheim (1897) sobre el suicidio y el concepto de anomia son, avances todavía desestructurados de lo que será una auténtica psiquiatría social.

La antropología estructural y la etnopsiquiatría (Benedict, Margaret Mead, Kardiner, Malinovsky) resaltan el papel de la cultura y, por lo tanto de los condicionamientos sociales. Por otra parte, los estudios de la Escuela de Palo Alto en California (Bateson, Watzlawick), profundizan en el análisis de la comunicación humana desde el campo de **la teoría de la comunicación**, con traducción concreta en el terreno psicopatológico

como es la teoría de Bateson sobre el «doble vínculo» en las familias de los esquizofrénicos.

Los aportes de la antropología social han llevado a un replanteo de conceptos en la comprensión y el tratamiento de los trastornos mentales. La noción de paciente psiquiátrico y de enfermo mental, ha sido redefinida en términos de qué papel cumple tal sujeto en relación con su grupo de pertenencia. El resultado de estos estudios, ha sido el de reducir la distancia entre el sujeto sintomático y el resto de su grupo de pertenencia.

Esta concepción ha merecido el calificativo de «tercera revolución psiquiátrica», correspondiendo la primera a la fase de humanización de los asilos, y la segunda, al intento a partir del psicoanálisis de aprehender el significado de los síntomas psicopatológicos. En esta tercera revolución, es indudable que los trabajos de antropólogos y sociólogos han constituido un aporte fundamental, al tomar como objeto de estudio **la relación médico-paciente en el contexto institucional**, abriendo el camino hacia la desmitificación de la figura del psiquiatra y del rol del enfermo mental.

Los hospitales para enfermos mentales han sido estudiados como «instituciones totales» (Goffman), definidas como instituciones aisladas, que se repliegan sobre sí mismas, constituyendo el marco de satisfacción de todas las necesidades vitales de sus custodiados, lo que opera desfavorablemente en el sentido de la rehabilitación social del sujeto.

El sujeto que ingresa a una institución psiquiátrica se enfrenta a una serie de situaciones sociales nuevas que, según esta perspectiva, afectarán su evolución terapéutica. El concepto de **«comunidad terapéutica»**, surgido en consonancia con este enfoque, privilegia como factor terapéutico las relaciones comunitarias de pacientes y profesionales, dirimidas en reuniones tipo «asambleas», que incluyen a los grupos familiares de los internados.

La clave de las conductas de cada miembro de esa microsociedad, que es el hospital psiquiátrico, está dada por el estudio de las relaciones de los grupos que en él conviven. Toda conducta está marcada por el «rol de grupo» y por las relaciones que este grupo mantiene con los otros «roles de grupo» del hospital. La acción del psiquiatra por ejemplo, lejos de ser entendida solo como la competencia de un experto, es considerada en conexión con su posición en el interior de la institución.

Si se añade el movimiento asistencial comunitario iniciado en la década de 1940 por Maxwell Jones en Londres, y la potenciación de distin-

tas modalidades asistenciales (como los hospitales de día y de noche) por Josua Bierer, se tienen situados los principales puntos de referencia que permiten acceder a la consideración actual de la sociogénesis de la enfermedad mental. Por supuesto que influirán otros factores de orden sociopolítico, pero éstos ya no provienen del marco estrictamente psiquiátrico.

Si se deja de lado la llamada **psiquiatría comunitaria** (que atiende a la creación de toda una serie de dispositivos asistenciales: talleres protegidos, hospitales de día, casas de medio camino, clubes de pacientes etc., que culminan en la política de sector) y la **psiquiatría institucional** (cuya atención se centra en la curación de la propia institución, que así se convierte en agente terapéutico por sí misma), nos encontramos frente a las corrientes que, de una manera más clara plantean en la actualidad las bases sociogenéticas de la enfermedad mental. Estas bases se han dividido en tres enfoques fundamentales:

1-Corriente fenomenológico-existencial: Desde 1958 se van desarrollando en Inglaterra una serie de estudios sobre familias de esquizofrénicos, bajo la influencia de los trabajos de la Escuela de Palo Alto (Bateson, Watzlawick) sobre la comunicación. Fruto de tales investigaciones es el libro «Locura, cordura y familia», publicado en 1964 por Laing y Esterson, que abre el camino de una futura línea de trabajo.

Posteriormente Ronald Laing se erige en la figura más destacada de esta corriente fenomenológico-existencial. Los pilares conceptuales de su obra se encuentran en el psicoanálisis (Freud, Melanie Klein, Jung), en la escuela analítica existencial (Biswanger), la filosofía de corte existencial (Jaspers, Heidegger, Kierkegaard, Sartre y Tillich), la ideología marxista, la sociología (Goffman, Scheff) y la mencionada Escuela de Palo Alto. En este contexto, el proceso sociogénico (donde la esquizofrenia es conceptualizada como «proceso natural curativo») se analiza como «resultado de la interacción dialéctica entre interior y exterior, subjetivo y objetivo, individuo y familia». La atención de estas corrientes se centra en la dinámica familiar («El cuestionamiento de la familia» de Laing; «La muerte de la familia» de Cooper) como fuente de patología y micromodelo donde se hallan las contradicciones políticas y sociales.

2-Corriente político-social: Conecta lo individual y lo social, la alienación mental y la alienación social, por lo que la enfermedad deja de ser

una situación personal para convertirse en fruto de las contradicciones internas de la estructura social en la que aparece. El fundamento de esta corriente es la teoría marxista, aprovechando, entre otros aspectos, el que trata del origen económico de la alienación. Los representantes más importantes de esta corriente son Basaglia, Cooper, Deleuze y Guattari.

Basaglia fue el autor más destacado de esta tendencia, cuya estructuración en Italia culminó con la creación de la asociación llamada «Psiquiatría Democrática». Este movimiento ha tenido estrecha relación con la evolución políticosocial del país, y sus objetivos prácticos se centraron en el desmantelamiento de la institución psiquiátrica. Basaglia se centró especialmente en la filosofía del poder que se crea entre médico y paciente, y mantiene, según él, un estado de violencia donde la exclusión de un miembro sobre el otro se da sistemáticamente. El impacto social y político de sus teorías queda reflejado en la ley de 1978, que fue aprobada por el Parlamento Italiano y está dirigida, especialmente, a regular y reducir las internaciones psiquiátricas.

Fue Cooper quien en su conocida obra «Psiquiatría y Antipsiquiatría» (1967) acuñó el término **«antipsiquiatría»**. Se centra en el microgrupo que es la familia para llegar al macrogrupo social. «Sanar no es volver al conformismo, sino trascender hasta la transposición social». Cada vez más radicalizado Cooper propugnó el compromiso político, aunque no de partido, para el quehacer psiquiátrico.

Finalmente, Deleuze y Guattari, en su obra «El antiedipo. Capitalismo y esquizofrenia» (1973), analizan la esquizofrenia como «el universo de las máquinas deseantes, productoras y reproductoras donde los delirios tienen un contenido histórico, mundial, político y racial; y son la matriz general de toda catexis social inconsciente». Propugnan el «esquizoanálisis» (psicoanálisis político y social) como alternativa al psicoanálisis freudiano, al que atacan ferozmente, acusándole de estar al servicio de la ideología burguesa represiva, ya que trata la enfermedad como algo individual que se sustrae de lo social y de los poderes políticos y económicos.

Todos estos elementos de lucha cristalizaron en la llamada «Red Internacional Alternativa a la Psiquiatría», que nació en Bruselas en 1975 (Elkaïm, Guattari, Jervis, Castel, Cooper, Basaglia, Bellini, Schatzman, etc.). Los principios básicos de este movimiento vienen expresados en su texto de constitución: «... las luchas concernientes a la salud mental deben insertarse en el conjunto de luchas de los trabajadores por la de-

fensa de su salud y en forma coordinada con todas las luchas de las fuerzas sociales y políticas por la transformación de la sociedad. No se trata para nosotros de obtener tolerancia para la locura, sino de hacer comprender que la locura es la expresión de las contradicciones sociales contra las que debemos luchar como tales. Sin transformación de la sociedad no hay posibilidad de una psiquiatría mejor, sino solo de una psiquiatría opresora». La nueva etapa cierra, según su propia declaración, el período de las comunidades terapéuticas, de la psicoterapia institucional y de la antipsiquiatría e inaugura la etapa de las luchas en gran escala contra la opresión psiquiátrica.

3-Corriente ético-sociológica: Viene representada por el norteamericano Thomas Szasz, quién desde planteamientos ético-morales ataca en forma apasionada a la psiquiatría oficial, comparándola con la inquisición, y a los psiquiatras como los inquisidores porque son «los modernos cazadores de brujas» («La fabricación de la locura»). Para Szasz, la enfermedad mental es un mito, sencillamente una invención de los psiquiatras («El mito de la enfermedad mental»), que utilizan la noción de trastorno mental, que es un concepto científicamente innecesario y socialmente perjudicial. Tal como lo han hecho los representantes de la corriente sociológica inglesa, Szasz toma a la esquizofrenia como «caballito de batalla» en su ataque a la psiquiatría y en su intento de demostrar la inexistencia de tal trastorno.

En síntesis, las perspectivas socioculturales han marcado importantes caminos en el proceso de considerar los trastornos mentales como un fenómeno no determinado endopsíquicamente, sino sobre todo contextualmente, ya sea que se tome en consideración al contexto social en su conjunto, el familiar o el institucional.

La Teoría General de los Sistemas:

En 1945 el biólogo Ludwig von Bertalanffy acuñó el título de teoría general de los sistemas para dar cuenta de una perspectiva en el estudio de los fenómenos biológicos, opuesta al enfoque reduccionista-mecanicista prevaleciente hasta entonces.

Von Bertalanffy, por el contrario, instó a tomar en cuenta, de modo privilegiado, los fenómenos que hacen a la organización de determina-

dos aspectos de una totalidad. Los principios teóricos resultantes de esta perspectiva constituyeron una verdadera revolución en el campo de las conceptualizaciones científicas.

Las nociones claves de esta nueva epistemología son: totalidad, interacción dinámica y organización.

Si se define un sistema como un conjunto de elementos que están relacionados entre sí de un modo específico, resulta clara la importancia que adquiere en esta conceptualización la idea de organización de las relaciones entre dichos elementos. De esto derivan tres rasgos básicos en cuanto a la modalidad de existencia y funcionamiento de los sistemas:

1) Totalidad: La combinación de los elementos del sistema produce una entidad que es diferente a la suma de las partes, principio ya enfatizado por la teoría de la *gestalt* en el estudio de la percepción. El enfoque presentado aquí, que se ha dado en llamar *holístico*, propone la explicación relacional de un determinado fenómeno con el resto de los fenómenos englobados en el sistema, de modo que el aislamiento de una variable para su estudio, haciendo abstracción de su contexto relacional, es considerado un error epistemológico definido como «explicación lineal».

2) Límites: Si el universo se concibe como una serie de relaciones entre sistemas organizados, dichos sistemas están también limitados por la relación con otros. Metafóricamente, los límites entre sistemas pueden caracterizarse como más o menos permeables, según el grado de dificultad para la transposición de lo que incluye el sistema desde su interior hacia su contexto, y recíprocamente.

3) Jerarquías: Los sistemas están organizados entre sí según niveles jerárquicos. Cada sistema está formado por subsistemas y a su vez forma parte de un suprasistema que lo engloba, pudiendo formar parte de diferentes suprasistemas, punto que explica a veces cierto nivel conflictivo en el funcionamiento de las organizaciones.

La teoría general de los sistemas ha sido importada por las ciencias humanas a partir de la biología, junto con ciertos conceptos derivados de la cibernética (Wiener, 1948), ciencia que procura hallar los elementos comunes del funcionamiento de las computadoras al sistema nervioso del hombre, y desarrollar una teoría centrada en el campo del control y la comunicación. El control no debe entenderse como un principio regente de los sistemas de un modo automatizado, sino como un proceso capaz de hacer que los elementos de un sistema se relacionen unos con otros dentro de los límites específicos que permite la adaptación al contexto.

La adaptación controlada es esencial para el crecimiento de los sistemas vivos, lo que permite la diferenciación de las partes del sistema y el desarrollo armonioso de éste en relación con su contexto. La ecología nos enseña como el crecimiento incontrolado lleva a la destrucción de los sistemas vivos.

Los conceptos más importantes en ciencias humanas derivadas de la idea de control son:

a) La homeostasis: Introducido por Cannon en 1939 para describir la constancia del medio interno a nivel fisiológico, este concepto fue retomado en ciencias sociales para identificar un principio balanceador y estabilizador, capaz de neutralizar la mayor parte de los cambios que los agentes externos intentan imprimirle al sistema.

b) Retroalimentación (feedback): Este concepto, desarrollado en cibernética en la explicación de los servomecanismos, alude a la forma de relación circular en la que dos o más sucesos pueden estar vinculados entre sí, en oposición a la concepción de la relación lineal causa-efecto.

El circuito establecido entre ambos elementos puede ser positivo, en cuyo caso, un aumento verificado en cualquier punto del circuito incrementará el suceso siguiente en la secuencia. Esta es una forma de funcionamiento por la que el sistema, a través de la amplificación, llegará a su autodestrucción. La «escalada simétrica» que se da por ejemplo en una situación bélica, lleva a que cada una de las partes incremente su necesidad de triunfar sobre la otra, aún a expensas de la destrucción del sistema, como se verifica en una carrera armamentista.

El concepto de retroalimentación negativa es una clave para los teóricos sistémicos de las relaciones familiares, dado que se adjudica a este modo de funcionamiento de un sistema, un papel esencial en la estabilización de la pareja y la familia, al mismo tiempo que se piensa que contribuye de un modo significativo al mantenimiento de la sintomatología crónica en un miembro del grupo, cuando se trata de una enfermedad mental.

c) El crecimiento y cambio del sistema familiar: Diversos autores han acentuado el factor de potencialidad de crecimiento y cambio del sistema familiar, y no solo de su estabilidad. Partiendo de la idea de las fluctuaciones inevitables que se presentan en un grupo familiar alrededor de determinadas variables claves, se ha insistido en que la acción terapéutica debería centrarse en la posibilidad de amplificación de dichas oscilaciones naturales de un sistema alrededor de un eje problemático, para provocar un salto cualitativo en las reglas de funcionamiento

del grupo familiar, llegándose a denominar «saltología» a la perspectiva terapéutica que propone aprovechar dichas oscilaciones para la promoción de cambios relacionales sustantivos.

La teoría general de los sistemas hace posible aspirar a un planteo unificador en la ciencia, partiendo de la organización como principio clave que permite establecer isomorfismos estructurales entre los sistemas.

De los desarrollos que han intentado tal aplicación, lo que se conoce como «teoría de la comunicación» ha sido el más logrado. Dicha teoría describe la interacción humana, como conformando un sistema caracterizado por las propiedades de los sistemas generales descriptas más arriba. En base a esta descripción, ha elaborado una serie de axiomas, cuyos efectos pragmáticos se vinculan con trastornos que pueden desarrollarse a nivel de la comunicación.

Dichos axiomas son:

a) La imposibilidad de no comunicarse: Cualquier interacción implica un compromiso con el otro y una definición de la relación; aún el silencio o la inmovilidad constituyen una forma de comunicación. En algunas formas de la esquizofrenia parecería que el sujeto intenta no comunicarse, pero como aún el retraimiento es un mensaje, el esquizofrénico enfrenta la tarea imposible de negar que se está comunicando. La descalificación del mensaje del otro es una de las características de la comunicación que aparece en forma repetida en las familias de esquizofrénicos.

b) El síntoma es una forma de comunicación: El síntoma se entiende como un mensaje no verbal, a través del cual el emisor niega su compromiso en lo que transmite. El paradigma implícito en esta forma de comunicación sería: «no soy yo quien no quiere hacer o no hacer, sino mis nervios, mi dolor de cabeza, mi locura, etc.»

c) La comunicación humana se estructura en dos niveles fundamentales, contenido y relación: El aspecto de contenido de un mensaje o aspecto referencial, transmite información. El aspecto conativo establece cual es la relación entre los comunicantes y como debe entenderse lo que se dice. Ambos aspectos pueden dar lugar a desacuerdos y / o confusiones, en cuyo extremo están las situaciones en las que un sujeto puede verse obligado a dudar del nivel de contenido de sus mensajes o de los que recibe, para no poner en peligro una relación vital con otra persona, como sucede en la esquizofrenia.

d) La conducta humana puede ser digital o analógica: En la primera el hombre se refiere a los objetos nombrándolos; en la segunda los

representa a través de un símil. Estas dos posibilidades de codificación de las que dispone la especie humana, generan «errores de traducción». El lenguaje analógico carece de la morfología y sintaxis del digital, de modo que en la conversión de un mensaje del primer tipo a uno del segundo es necesario insertar tales elementos, y esto corre por cuenta del que decodifica. Un regalo, por ejemplo, puede ser entendido como una muestra de afecto o como un intento de soborno.

La hipótesis del «**doble vínculo**», (trabajo presentado en 1956 por un equipo de investigadores formado por G. Bateson, D. Jackson, J. Haley y J. Weakland), toma en cuenta algunas de estas formulaciones, al presentar un modelo acerca de las características comunicacionales de las familias de esquizofrénicos, que subraya los siguientes elementos: a) la existencia de dos o más personas en interacción, una de las cuales es colocada en el rol de «víctima»; b) la «víctima» se halla en una relación en la que es vitalmente importante discriminar que clase de mensajes le son comunicados, para poder responder adecuadamente; c) la «víctima» debe cumplir con dos tipos de instrucciones, que son contradictorias entre sí; d) el sujeto no puede discriminar el carácter contradictorio de los mensajes, porque le está vedada la metacomunicación, es decir el hacer comentarios sobre la comunicación; e) la «víctima» está imposibilitada de abandonar el campo; f) como consecuencia de lo anterior, la «víctima» queda atrapada en una situación en la que, si satisface una de las instrucciones no cumple con la otra.

Los desarrollos de la «teoría de la comunicación» pueden englobarse desde un punto de vista más general acerca de las relaciones humanas, que conforma lo que ha dado en llamarse el «**enfoque interaccional**» en psiquiatría.

Dicho enfoque acentúa lo interpersonal más que lo intrapersonal como foco de atención de la acción psicoterapéutica. Por lo tanto tiende a desecharse la nosología psiquiátrica tradicional, inaugurando una modalidad diagnóstica centrada en el tipo de vínculos que mantienen entre sí los miembros de un grupo familiar.

Así como se impone en este enfoque un nuevo tipo de concepción acerca de la enfermedad mental, se requieren también modificaciones en lo que se refiere a la forma de recolección de los datos y a las estrategias implementadas para producir cambios.

El rótulo de «enfermo mental» se cambia por el de «**paciente identificado**», lo cual alude a una concepción acerca de la enfermedad mental

que abarca las relaciones disfuncionales mantenidas por todo el grupo familiar, del cual el paciente identificado es un exponente.

Los síntomas se consideran respuestas adaptativas al contexto familiar y se pone especial énfasis en la detección de las conductas del resto de los miembros del sistema que mantienen la conducta sintomática como tal.

En cuanto a las estrategias posibilitadoras de cambios, hay que señalar que el supuesto es que la conducta sintomática solo puede modificarse en tanto se logren modificaciones a nivel del sistema en el que está inserta. Se tratará, pues, de incidir en el tipo de coaliciones presentes en el sistema, a través de desbalancearlo, vale decir de alterar su equilibrio y de lograr reestructuraciones en términos de las posiciones relativas ocupadas por cada uno de los miembros del grupo.

La idea del mantenimiento de las jerarquías y de los límites entre los subsistemas (parental, conyugal, filial) es fundamental desde el punto de vista interaccional, cuando la unidad de trabajo es el grupo familiar.

La Fenomenología:

El modo fenomenológico de proceder para conocer la realidad, iniciado por **Husserl** a comienzos del siglo XX en el campo filosófico, no tardó en adentrarse en el mundo de las ciencias del hombre, y, por ende, en el de la psiquiatría. La situación de la filosofía era, hacia 1900, tan crítica como la de la ciencia y del arte, y anunciaba el fin del modo naturalista de entender al hombre y al mundo.

La célebre división cartesiana mente-cuerpo (*res cogitans*, *res extensa*), había planteado un insostenible dualismo que, concediendo preeminencia a la modalidad consciente de conocer, desembocó en un callejón sin salida. Con ambos problemas críticos se encontró Husserl y, para tratar de resolverlos, propuso «volver a las cosas mismas», esto es, ir despojándolas de las notas adventicias que las recubren, y adentrándose en ellas, conocerlas en su realidad. Pero para proceder así, es necesaria la «epojé» o puesta entre paréntesis (no la negación o el anulamiento) de estas notas, lo cual reduciendo el campo (reducción fenomenológica), permitirá ahondar en él. A tal manera de actuar se le une la diferenciación teórica básica entre hecho y esencia, lo cual delimita mejor aún el área donde juega el procedimiento fenomenológico.

El hecho, el factum, la facticidad, es decir aquello que se da, aparece siempre envuelto en connotaciones a veces impropias y circunstanciales. En consecuencia, en la medida en que practiquemos la reducción, nos acercaremos a la esencia, es decir al «**eidós**» propio del fenómeno considerado, pues el campo de conocimiento en el cual se opera la reducción, se desenvuelve entre el hecho y su esencia.

En consecuencia, este modo de proceder se ubica fuera de toda consideración causal, pues no se interesa por la concatenación de los hechos, ni por la mutua determinación, sino por las notas fundamentales de los fenómenos, sin los cuales éstos no pueden ser como son.

Tal planteo no niega la importancia de la causalidad, sino que, situándose en otro nivel de consideración y haciendo un corte horizontal en lo considerado, explora la totalidad.

El conocimiento debe, pues, iniciarse en la cosa misma por conocer, a la que Husserl, dando otra acepción al difundido concepto kantiano de «dato registrado por los sentidos», denomina «**fenómeno**», entendiendo por tal no lo elemental, no el elemento atómico, sino lo fundamental, básico y apodíctico. Por este motivo no interesa la materialidad concreta o imaginaria, vigil u onírica; desde el momento en que es sujeto de consideración, la «cosa» es fenómeno. Por lo tanto, aquello que se comprueba empíricamente no es la cosa misma; a ella es menester descubrirla detrás de lo contingente, pues solo aparece mediante el despojamiento de las numerosas connotaciones que la velan.

Este retorno a las cosas para asirlas en su pureza fundamental, implica penetrar más allá de lo fáctico, por lo cual como fenómeno supone diferentes planos estructurales. Por lo tanto, es necesario proceder a sucesivas reducciones que lo despojen de las notas no esenciales. Un primer paso, la reducción eidética, en la que el objeto es el **eidós** del fenómeno, descarta los atributos secundarios, las determinaciones circunstanciales, para dejar aparecer las notas sin las cuales el fenómeno no sería lo que es. Lo no apodícticamente justificado, aquello cuyo contrario sería inconcebible, sin ser negado, es puesto entre paréntesis, suspendiéndose su consideración.

Esta «epojé» (así denomina Husserl a esta etapa), permite profundizar porque, yendo más allá de los datos empíricos, deja de considerar las cosas como contenidas en el tiempo y en el espacio. El método fenomenológico apunta al eidós de los fenómenos, y trata de llegar, mediante la descripción no partidista de los datos considerados, a su relación y significado.

En este sentido, la epojé implica la triple reducción de lo subjetivo, de lo teórico y de todo aquello que, hasta el momento de considerarlo, se ha venido afirmando acerca del fenómeno en consideración. Ello permite ganar en profundidad, y, a partir de las cosas tal como se dan, se descartan las notas no apodícticas, yendo en pos del fenómeno en sí.

En esta forma de proceder hay cierta semejanza con el método psicoanalítico, pues ambos consideran que el dato empírico no traduce la cosa tal como es, y se proponen subsanar la insuficiencia de esta comprobación empírica. Sin embargo, más allá de esta aproximación, la diferencia es radical: mientras el método psicoanalítico busca la verdad tras la apariencia, el fenomenológico trata de conocer la calidad esencial del fenómeno, es decir aquello sin lo cual no puede ser.

Ambos métodos postulan la necesidad de ir más allá de lo fáctico, y de hecho lo hacen; por este motivo es también distinta la depuración a la cual proceden ambos: mientras el método fenomenológico lo hace en el mismo horizonte del objeto, el psicoanalítico lo relaciona genéticamente, apartándolo de la situación actual; o sea que, mientras para el fenomenológico se da en la misma actualidad, para el psicoanalítico que se mantiene en la órbita de la explicación causal, es indispensable recurrir al pasado.

El procedimiento fenomenológico, abriendo paréntesis, practicando la reducción, permite estudiar el problema y establecer el trayecto por el cual transito de uno a otro. En el área así circunscripta, donde se operan los procesos fundamentales del irse haciendo persona, se ubica la psicopatología que la fenomenología explora, en cuatro direcciones fundamentales:

a) La dirección descriptiva: La primera época del pensamiento de Husserl, está ocupada por el desarrollo de una fenomenología descriptiva que, mediante el análisis y la reducción, busca básicamente conocer la intencionalidad. Con éste propósito fueron utilizadas por Karl Jaspers y la escuela de Heidelberg (Carl Schneider, Mayer-Gross, etc.), quienes profundizaron los problemas de las enfermedades mentales, en especial en las psicosis, con perspicacia y sagacidad. Sin embargo, el énfasis puesto en el hallazgo de síntomas comprobables de modo consciente, condujo a estos psiquiatras a dejar de lado la importancia de lo inconsciente, y en ciertos casos a negar su existencia.

Ellos exploraban más lo cognoscible que el sujeto cognoscente, lo cual llevó a aumentar la precisión diagnóstica «objetiva». Pero, demasiado atados a prejuicios naturalistas, propusieron planteos de raigambre

somaticista, donde atribuían a la «constitución» (ente poco definido y vacilante) un poder determinante. La oposición jasperiana entre proceso y desarrollo, o el concepto de endogeneidad son algunos ejemplos.

Lo buscado por la fenomenología descriptiva, es establecer el estado de las cosas que captamos cognoscitivamente, por cuyo motivo, el modo directo de aprehensión; la percepción, recibe una atención preferencial. Los estudios de Strauss acerca de las alucinaciones y los de Mayer-Gross que se ocupan de la conciencia obnubilada y confusa, se inscriben en esta línea.

b) La dirección trascendental: La fenomenología descriptiva se ocupa de los aspectos históricos, biográficos y concretos de lo estudiado, lo cual en el campo de la psiquiatría, lleva a discurrir acerca de las alucinaciones, de la memoria, de la percepción, etc., pero estos mismos aspectos no se agotan allí y tienen un carácter que, al no depender directamente de ellos, los trasciende. Para acceder a este plano se ha de proceder a una nueva puesta entre paréntesis y aplicar la epojé a todas las fijaciones temporoespaciales, históricas y biográficas. Con ello dejamos el campo de la conciencia empírica y entramos en otro nuevo.

En efecto, como psiquiatra, asisto a lo largo del día, a pacientes que tienen alucinaciones, que padecen delirios, que sufren angustias, etc. Tal experiencia la repito una y otra vez, por lo cual participo en un flujo de conocimientos que mi especialidad me permite aprehender. Pero si ahora, comprobando que no todos los delirios son iguales, ni semejantes todas las alucinaciones o los modos de presentación de la angustia, reflexiono acerca de ello y me pregunto por lo que tienen de común estos fenómenos; a partir de allí trasciendo la primera situación, y del estudio del yo empírico accedo al sujeto trascendental.

Un primer paréntesis permite ir desde la inmanencia de lo estudiado, donde en la percepción misma del fenómeno estaba incluida la intención de conocerlo, hasta los umbrales de algo «más allá» de lo fáctico. La vivencia fue entonces lo importante; ahora lo es la reflexión que también tiene el carácter de ser «conciencia de». Así es como, mediante ella, se descubre el nexo de filiación que une las diversas modalidades naturales, y se puede conocer, por ejemplo, como tanto el delirio fantástico, como el persecutorio, como el interpretativo o la hipocondría, suponen la invasión de lo discursivo por lo imaginario.

Los estudios de Binswanger acerca de los modos de vivir maníacos o esquizofrénicos, se integran en esta dirección, donde se explora el aspecto trascendente de los fenómenos psicopatológicos.

c) La dirección egológica: La primera reducción tomó como campo la actitud natural, y, por así decir, ingenua como puede ser la del psiquiatra comprobando, sin diagnosticar aún, la existencia de un trastorno mental. En la segunda reducción se puso entre paréntesis la situación histórico-biográfica, y con ello los objetos intramundanos, lo cual permitió llegar a una suerte de fundamentación, donde el trastorno descrito, un delirio por ejemplo, apareció vinculado a la invasión del nivel del discurrir por el de lo imaginario.

Se puede hacer todavía un tercer paréntesis, esta vez en orden a lo individual, y acceder a lo más general, descubriendo como la invasión mencionada tiene en común un momento de desvío y otro de distorsión en la elaboración de la realidad. Pero, al actuar así y proceder a una nueva reducción, aparece el llamado plano egológico, y con él, el área interpersonal, cuyo contexto es el mundo-de-la-vida. Estos dos conceptos, fundamentales en toda consideración fenomenológica, enfrentan el problema de la constitución de la persona, haciéndose en las diversas situaciones mundanas. Surgen así, temas de la importancia de la temporalidad, del espacio vivido y sus modalidades. Binswanger ha abordado el punto del modo de habitar las diversas situaciones, que es el tema de uno de los estudios más importantes de Zutt.

d) La dirección estructural: A raíz del desarrollo de los estudios psicoanalíticos, particularmente de aquellos que, bajo la influencia del pensamiento de Jacques Lacan, valorizaron los hallazgos del estructuralismo; la fenomenología se orientó a explorar una nueva área. Ello no implicó abandonar ninguna de las tres reducciones, aunque sí aplicarlas en un nuevo campo.

La tarea llevada a cabo por A. de Waelhens respecto de las psicosis, o los estudios de Paul Ricoeur acerca de Freud, son ejemplos de este modo de abordar fenomenológicamente la estructura.

La Hermenéutica:

«El lenguaje es la morada del ser y la casa donde habita el hombre, el gran intérprete que responde a esa llamada, y que en ella y desde ella devela la inconclusión de su propio decir» (Heidegger).

El término **hermenéutica** deriva del griego «hermenéuiein» que significa expresar o enunciar un pensamiento, descifrar e interpretar un mensaje o texto. Etimológicamente, el concepto de hermenéutica se remonta y entronca con la simbología que rodea a la figura del dios griego Hermes, el hijo de Zeus y Maya encargado de mediar entre los dioses, o entre éstos y los hombres. Dios de la elocuencia, protector de los viajeros y del comercio, Hermes no sólo era el mensajero de Zeus; también se encargaba de transmitir a los hombres, los mensajes y órdenes divinas para que éstas fueran, tanto comprendidas, como convenientemente acatadas.

El hermeneuta es, por lo tanto, aquel que se dedica a interpretar y develar el sentido de los mensajes, haciendo que su comprensión sea posible y todo malentendido evitado, favoreciendo su adecuada función normativa.

Aristóteles escribió un «Peri hermeneias» que, como parte del Organon, versaba sobre el análisis de los juicios y las proposiciones. Se trataba de un análisis del discurso, pues sólo desde el interior del mismo la realidad se nos manifiesta. Por este motivo, la hermenéutica se constituyó fundamentalmente en un arte (techné) de la interpretación dirigida, en el Renacimiento y la Reforma Protestante, al esclarecimiento de los textos sagrados, dando lugar a una exégesis bíblica, uno de cuyos principales investigadores fue Mattias Flacius. En esta misma época, como consecuencia del Humanismo, la hermenéutica se aplicó a la literatura clásica grecolatina, configurándose como una disciplina de carácter filológico, y después, desde el ámbito de la jurisprudencia, se ocupó de la interpretación de los textos legales y de su correcta aplicación a la particularidad de los casos.

En el Romanticismo, la hermenéutica se constituyó en una disciplina autónoma, configurándose con Schleiermacher, en una teoría general de la interpretación, dedicada a la correcta interpretación de un autor y su obra textual. Años más tarde, Wilhelm Dilthey (1833-1911) amplió su ámbito a todas las «ciencias del espíritu».

Actualmente se entiende por hermenéutica, aquella corriente filosófica que, hundiendo sus raíces en la fenomenología de Husserl y en el vitalismo de Nietzsche, surge a mediados del siglo XX y tiene como máximos exponentes al alemán Hans Georg Gadamer, Martin Heidegger (1889-1976), los italianos Luigi Pareyson (1918-1991), Gianni Vattimo, y el francés Paul Ricoeur. Todos ellos adoptan una determinada posición en torno al problema de la verdad y del ser, siendo la primera definida como fruto de una interpretación, y el ser (hombre y mundo) como una gran

obra textual inconclusa, que se comporta de manera análoga a como lo hace el lenguaje escrito.

No obstante, la hermenéutica del siglo XX más que un movimiento definido, es una «atmósfera» general que empapa grandes y variados ámbitos del pensamiento, calando en autores tan heterogéneos como Michel Foucault, Jacques Derrida, Jürgen Habermas, Otto Apel y Richard Rorty.

Características generales de la hermenéutica:

1) Linguisticidad del ser: La hermenéutica aplica el modelo interpretativo de los textos al ámbito ontológico. La realidad no es más que un conjunto heredado de textos, relatos, mitos, narraciones, saberes, creencias, monumentos e instituciones heredados, que fundamentan nuestro conocimiento de lo que es el hombre y el mundo.

El ser es lenguaje, y únicamente éste posibilita lo real, porque es el medio a través del cual el «ser» se deja oír. Dice Heidegger: «El lenguaje es la morada del ser. En la morada que ofrece el lenguaje, habita el hombre». Por ello, el mundo, y lo que en él acontece, incluido el hombre (Dasein), no puede ser pensado como una cosa que se encuentra frente a nosotros, sino como nuestra propia ubicación, el lugar donde habitamos y desde el que comprendemos.

2) El ser es temporal e histórico: El mundo no puede ser pensado como algo fijo o estático, sino como algo que fluye continuamente. La realidad siempre remite a un proceso, a un desarrollo en el tiempo (historia), a un proyecto que nos ha sido transmitido (tradicición) y que nosotros retomamos. Por ello, entender el mundo es tomar conciencia histórica de la vertebración que se produce entre tradiciones y de la distancia que se da entre ellas. Como parte de una determinada realidad histórica y procesal, nuestra visión del mundo será siempre parcial, relativa y contingente.

3) Precomprensión y «círculo hermenéutico»: El hecho de que no sólo los objetos de conocimiento sean históricos, sino también el hombre mismo lo sea, nos impide valorar «objetivamente» la realidad. No existe un saber objetivo, transparente o desinteresado sobre el mundo. Tampoco el ser humano, y su manera de estar-en-el-mundo (Dasein), es un espectador imparcial de los fenómenos. Antes bien, cualquier conocimiento de las cosas viene mediado por una serie de prejuicios, expectativas y presupuestos recibidos de la tradición que determinan, orientan y limitan nuestra comprensión.

El hombre está arrojado a un mundo que le aporta una cultura y un lenguaje determinados (facticidad), que delimita y manipula su conocimiento de la realidad. Esta no surge de la subjetividad, no es original de cada hombre particular; sino que está condicionada históricamente, y se vertebra en la articulación entre pasado y futuro, esto es en el diálogo entre tradiciones.

Esto significa que cualquier pregunta anuncia su respuesta, y presajiamos o anticipamos de antemano aquello que queremos conocer, por lo que se crea cierta circularidad en la comprensión denominada «círculo hermenéutico», criticada por el cientificismo y la lógica clásica como un error o petición de principio.

El círculo hermenéutico es para Gadamer un límite a cualquier intento de comprensión totalitaria, pero también es una liberación del conceptualismo abstracto que teñía toda investigación filosófica. Esta limitación, traduce fielmente la realidad como un decir inconcluso y no acabado. Heidegger, sin embargo, concibe la circularidad de la comprensión más como una oportunidad positiva, que como una limitación meramente restrictiva. A través de la facticidad y del lenguaje se produce el encuentro con el ser, que es el que, en última instancia, decide y dispone del hombre.

Para Heidegger la hermenéutica es una ontología, no un método ni una gnoseología. El Dasein, como parte del ser, es aquel que se pregunta sobre el ser, pero no lo crea ni lo constituye, ni apenas puede describirlo. Esta postura es claramente contraria al subjetivismo propio de la filosofía moderna. Lo esencial es el ser, no el hombre.

4) Imposibilidad de un conocimiento exhaustivo y total de la realidad: Dado que el ser es lenguaje, y es tiempo (evento), y puesto que el hombre como ser-en-el-mundo está inmerso en el ser del cual pretende dar cuenta, se hace imposible un conocimiento total, objetivo y sistemático del mundo.

La pretensión de verdad de la hermenéutica es radicalmente distinta a la de las ciencias clásicas. La verdad, solo puede ser parcial, transitoria y relativa; características que surgen de la pertenencia del sujeto al ámbito de lo interpretable y de la individualidad irreductible de cada ente singular (evento), entendiendo por éstos no solo las «cosas», sino el hombre mismo.

5) La interpretación como ejercicio de la sospecha o restauración de sentido: Para Paul Ricoeur la hermenéutica es una «filosofía reflexi-

va», que ha de dar cuenta del conflicto entre las diferentes interpretaciones de los símbolos del lenguaje. Así, enraizada en la filosofía de Nietzsche, que exigía a la filosofía la tarea de desmascarar las fábulas ilusorias y falsos valores de la conciencia (la moralidad); la hermenéutica supone el esclarecimiento de la verdadera «intención» y del «interés» que subyace bajo toda «comprensión» de la realidad, quehacer que se halla presente en la teoría y el método psicoanalítico (desenmascaramiento de los deseos y pulsiones inconscientes), e incluso en las teorías marxistas sobre la ideología.

Frente a esta tarea, Ricoeur reclama también una hermenéutica dedicada a restaurar el verdadero sentido que contienen los símbolos, búsqueda que explicaría el progreso de la conciencia.

MODELOS EPISTEMOLÓGICOS DE LA PSIQUIATRÍA ACTUAL

Ya se han expuesto las distintas teorías que conforman el estatuto epistemológico de la psiquiatría. Ahora me voy a referir a los modelos epistemológicos, basados en tales teorías, en los que se sostiene el edificio psiquiátrico actual.

Las características mínimas que se han considerado necesarias para los modelos científicos son, a saber:

- 1- Que constituyan un conjunto de suposiciones sobre un sistema u objeto.
- 2- El conjunto de suposiciones se estructura en forma que evidencia las propiedades del sistema, permitiendo, asimismo, la derivación de nuevas propiedades complementarias.
- 3- El modelo teórico supone únicamente una aproximación a la realidad, por lo que puede coexistir con otros modelos diferentes que intenten aprehender el mismo fenómeno.
- 4- Frecuentemente el modelo se formula y desarrolla basándose en una analogía entre el sistema u objeto analizado y otro distinto.

Basándose en estas características, se describirán los modelos que tienen como objeto de estudio el sistema psicopatológico. Tales modelos son, a saber: 1) modelo médico, 2) modelo conductista, 3) modelo cognitivo-conductual, 4) modelo psicoanalítico, 5) modelo sociológico y 6) modelo bio-psico-social.



Modelo médico:

También conocido como modelo orgánico o biofísico. Planteado por Hipócrates al introducir el concepto de patología de los «humores básicos», y afianzado por Kraepelin en su sistema de clasificación de las enfermedades mentales, sigue la consideración del criterio médico de enfermedad.

Sus postulados básicos son:

- 1- La enfermedad tiene una **etiología**.
- 2- Tal etiología es de naturaleza **orgánica** (lesión hística o bioquímica a nivel cerebral por defecto genético, metabólico, endocrino, infeccioso o traumático).
- 3- La etiología orgánica produce una serie de **síntomas y signos** que constituyen el cuadro clínico.
- 4- El conjunto de síntomas y signos, agrupados sistemáticamente, permite el proceso **diagnóstico**. A veces se precisan exploraciones complementarias para llegar al mismo.
- 5- A través del diagnóstico se puede emitir un criterio **pronóstico**.
- 6- El escalón final de esta secuencia es el **tratamiento** (biológico) que debe incidir sobre la supuesta etiología orgánica.

Ahora se van a ordenar, sintetizar y ampliar todas las objeciones y puntualizaciones que se han hecho respecto al modelo médico, siguiendo el desarrollo de los postulados básicos que lo delimitan:

A) *La enfermedad tiene una etiología:*

- 1- Algunos autores, como el mencionado Szasz, atacan al modelo en su propia esencia, negando la existencia de la enfermedad y planteando la conducta desviada como forma de reacción y protesta social.
- 2- La noción de enfermedad se enfrenta con una delicada problemática: su oposición al concepto de salud. Normalidad y anormalidad, salud y enfermedad, pueden delimitarse, y a veces con dificultad, en el contexto de la medicina general, pero se diluye al atender el plano de la conducta humana.
- 3- La consideración de enfermedad implica la aceptación de un personaje, el enfermo, con todos los aspectos positivos y negativos que esto supone. En efecto, el enfermo goza de ciertas ventajas desde el momento en que se acepta como tal: tiene los mismos

privilegios sociales y laborales que el paciente no psíquico, la sociedad tiende a disculpar determinadas actitudes, actos, etc. Por el contrario, bajo el criterio de este modelo el paciente es ajeno tanto a la génesis de su trastorno como a la curación del mismo. El conocimiento sobre su dolencia y el tratamiento de la misma residen en la competencia profesional del médico. De esta forma, la actitud pasiva del enfermo frente al poder que la ciencia confiere al médico, puede dificultar el auténtico proceso terapéutico. En síntesis, se le resta responsabilidad frente a su propia dolencia y frente a la sociedad.

En esta misma línea se considera que el papel de enfermo propicia y alienta la conducta desadaptativa, ya que el sujeto adapta su situación existencial al personaje que está representando.

B) La etiología es de naturaleza orgánica:

- 1- En contra de esta aseveración, se argumenta principalmente el hecho de que en la mayor parte de los trastornos psíquicos permanece ignorada la supuesta etiología orgánica, lo que habla a las claras del fracaso del paradigma anatómo-clínico en psiquiatría; paradigma sobre el que la medicina se constituyó como ciencia. Solo en las anomalías de causa corporal conocida (trastornos exógenos) existe relación directa entre etiología orgánica y trastorno psíquico. E incluso en estos casos se plantea la consideración del terreno o estructura psíquica como factor determinante de la enfermedad, puesto que no todos los sujetos que padecen la noxa patológica desarrollan el mismo trastorno.
- 2- El modelo médico estricto topa con la realidad clínica que evidencia de que forma ciertos trastornos, incluso psicóticos, aparecen en clara relación a determinadas circunstancias ambientales. Supone, en este sentido, un peligro el intento de mecanizar la enfermedad sometiéndola únicamente a la causa orgánica y sustrayéndola de cualquier otra vía de comprensión.
- 3- El concepto mismo de etiología es, ciertamente, ambiguo, incluso en el campo de la medicina general. Efectivamente, si consideramos una enfermedad con abundantes manifestaciones psíquicas y de causa conocida, como es la parálisis general progresiva, se pueden establecer diferentes niveles causales. Si nos atenemos a la

etiología directa, es evidente que se trata del *Treponema Pallidum*. Sin embargo, también es indudable que factores de orden higiénico, moral y social participan en la eclosión y erradicación de la sífilis. Por esta razón cabe hablar de etiologías directas e indirectas. Estas últimas deben ser tenidas en cuenta en el momento de elaborar la planificación preventiva de la enfermedad.

C) La etiología da lugar a los síntomas y signos que constituyen el cuadro clínico:

Esta formulación innegable solo queda ensombrecida si pensamos que no es difícil que se presenten cuadros atípicos o se mezclen síntomas y signos típicos de un trastorno con los de otro distinto. Sin embargo, el hecho de la atipicidad, sobradamente conocido en medicina, no es suficiente para negar la etiología orgánica, sino que advierte de la participación de otros factores (psicológicos, sociológicos) en el desarrollo del trastorno.

D) El conjunto de síntomas y signos, agrupados sistemáticamente, permite el proceso diagnóstico:

- 1- Se ha llamado la atención sobre la impropiedad de «etiquetar» con un diagnóstico a los pacientes, por lo que ello supone de obstáculo y desadaptación per se. La corriente social ha incidido especialmente en los aspectos negativos del diagnóstico.
- 2- La fiabilidad del diagnóstico psiquiátrico queda en entredicho cuando se intenta validar a través de la concordancia entre distintos jueces, aunque ha aumentado notablemente en los últimos años con el empleo de criterios diagnósticos operativos. La dificultad del diagnóstico se pone en evidencia si recordamos el famoso caso de Ellen West de Biswanger, paciente que fue diagnosticada de neurosis obsesiva por un analista, de esquizofrenia por E. Bleuler y de melancolía por otro psiquiatra no menos importante de la época como Kraepelin. Sin que tales inconvenientes invaliden la esencia del modelo, sí deterioran su excesiva rigidez, haciéndole permeable a factores diversos que, confieren al enfermo psíquico unas peculiaridades especiales.
- 3- Hay que distinguir entre diagnóstico etiológico (causal) y diagnóstico descriptivo (efectuado en función de los síntomas). Este

último puede ser engañoso al zanjar toda la problemática del caso bajo un rótulo, sin que ello presuponga un enriquecimiento de la cuestión. Esto debe contemplarse como una crítica matizada, ya que un diagnóstico descriptivo puede convertirse en etiológico en el momento que se evidencie su etiología orgánica.

- 4- Un proceso secundario al diagnóstico es el de la clasificación o nosotaxia. En este sentido me remito enteramente a las precisiones que se hicieron al considerar la clasificación kraepeliniana.

E) A través del proceso diagnóstico se puede establecer un juicio pronóstico:

Este postulado se ha atacado por las dificultades que existen para mantener una validez de la prognosis, ya que no siempre es fiable, especialmente frente a un cuadro incipiente. Sin embargo, en los últimos años se está realizando un esfuerzo considerable por establecer índices predictivos de respuesta terapéutica precisos.

F) La secuencia finaliza con el tratamiento (biológico) que debe incidir sobre la supuesta etiología orgánica:

El tratamiento biológico solo soluciona totalmente una parte de los casos; incluso en aquellos considerados de naturaleza más biológica, como las psicosis, su eficacia no es absoluta. Frecuentemente los tratamientos biológicos se establecen sobre un diagnóstico descriptivo no etiológico. Incluso en muchos casos en que la sintomatología remite totalmente, la base terapéutica es empírica y únicamente orienta hacia una somatosis, pero sin que se aclare por ello su última raíz causal.

Se plantea la utilidad de un modelo que, como se ha visto, es vulnerable desde cada uno de sus postulados fundamentales. Pues bien, mi posición podría definirse recordando la tercera característica de los modelos científicos, ya mencionada, donde se advierte que éstos solo son aproximaciones a la realidad y pueden coexistir con otros modelos diferentes.

Este modelo solo es aplicable con pleno rigor a algunas formas de psicosis o trastornos de causa orgánica conocida, siempre y cuando tengamos en cuenta los condicionantes histórico-biográficos que explican las diferencias individuales en el acontecer patológico.

Ahora bien, queda por situar la capacidad explicativa de este modelo frente al resto de la patología psíquica. Fracasa, en mi opinión, al intentar definir la estructuración de los trastornos neuróticos y de personalidad, donde únicamente sirve para enriquecer la comprensión holística del caso individual desde una perspectiva genética, bioquímica, etc. Resulta parcialmente útil si se incide en el complejo campo de la esquizofrenia, donde la interacción de factores somáticos y psicológicos resulta evidente, aunque con distinto peso, en cada una de las formas clínicas. Finalmente, mi posición frente a los trastornos afectivos es la siguiente: sus formas endógenas están en la línea explicativa del modelo médico y se ubican entre los cuadros cuyo diagnóstico, en este momento situado en un nivel descriptivo, pasará en el futuro a engrosar el núcleo de los diagnósticos etiológicos. Su perfil clínico bastante bien delimitado, las anomalías en los marcadores biológicos (REM, TSD, TRH-TSH, MHPG), la remisión ad integrum, la ineficacia de las terapéuticas psicológicas frente a la operatividad de las biológicas y el ser factible de control profiláctico medicamentoso (sales de litio), nos indican que el modelo médico en estos trastornos es el más efectivo.

En síntesis, se puede decir que, desde una perspectiva epistemológica general, el modelo médico es categórico en algunos casos, complementario en otros e ineficaz en unos terceros. La pericia y el buen sentido del psiquiatra deben situar cada caso particular en su justo lugar, al calibrar todas las variables que conforman la integridad psicosomática del hombre desde el plano de su biografía y del momento histórico en que se encuentra.

Modelo conductista:

En este caso no se puede hablar de un modelo en sentido estricto, pero pueden indicarse una serie de postulados fundamentales. Como punto de partida hay que señalar que sus raíces se encuentran en los principios básicos de la teoría del aprendizaje y, consecuentemente, éstos serán los pilares teóricos del modelo conductista.

La raíz principal es el condicionamiento en cualquiera de sus modalidades: **clásico (pavloviano) y operante (skinneriano)**. En el pavloviano la base del condicionamiento es la asociación témporo-espacial de los estímulos condicionado e incondicionado (que precede al primero y lo controla), mientras que en el skinneriano lo fundamental es el refuerzo

posterior de la respuesta, lo que condiciona la fijación y reiteración de la misma. En ambos casos el cese o suspensión de la situación gratificante (estímulo incondicionado en el condicionamiento clásico y refuerzo en el operante) abocan a la reducción o extinción de la conducta condicionada.

La generalización o tendencia de una respuesta a aparecer progresivamente ante una mayor cantidad de estímulos similares, la discriminación o capacidad de distinguir entre estímulos parecidos y el modelo o imitación sistemática de modelos determinados de respuestas, cierran la serie de conceptos fundamentales que estructuran la teoría del aprendizaje.

En este marco teórico la conducta, normal o patológica, aparece como fruto del condicionamiento o falta del mismo. En este sentido, por lo tanto, bajo la óptica conductista el concepto de enfermedad pierde su sentido dicotómico respecto al de salud, ya que la génesis de una y otra se formula a partir de los mismos postulados. De esta forma el comportamiento normal se aprende, al igual que el patológico, en función de los principios que sustenta la teoría del aprendizaje.

Desde esta perspectiva los síntomas (conducta anormal manifiesta) son propiamente la enfermedad, pero se les niega el contenido simbólico y significativo tan valorado por el psicoanálisis. Consecuentemente, el tratamiento se centra en el complejo sintomático cuya desaparición se valora como signo de curación. La terapéutica, con una amplia gama de técnicas, se enfoca hacia el descondicionamiento de la conducta patológica o el condicionamiento de otra más ajustada, o ambos.

Este modelo, afianzado epistemológicamente en el empirismo y con base experimentalista, se acerca más a la psicopatología en términos de conducta externa que en términos de conflicto interno como el psicoanálisis. La coherencia interna del modelo es buena, pero a costa de simplificar y reducir el objeto y los métodos de estudio.

El modelo conductista no ha permanecido estático en todos sus años de evolución. En efecto, desde la teoría inicial de Watson, cuyos aspectos principales son las teorías estímulo-respuesta y la reducción del psiquismo a la conducta observable (etapa conocida como conductismo ingenuo), hasta los neoconductistas; se ha recorrido una larga etapa donde, además de enriquecer y pulir la estructuración interna del modelo, se ha intentado superar los inconvenientes más acusados del empirismo reduccionista. Efectivamente, en esta línea cabe situar la postura de Skinner, quien en su libro «Sobre el conductismo» (1974) se inclina por el llamado conductismo radical que se sitúa entre el mentalismo y el



conductismo metodológico, aceptando la posibilidad de la autoobservación y del autoconocimiento, pero cuestionando la constitución del objeto observado y la fiabilidad de las observaciones. Propugna, pues, un análisis preciso del papel del ambiente y de la naturaleza del autoconocimiento.

Las **críticas** que se le formulan a este modelo son numerosas, y se resumen a continuación:

- 1- Se basa en los principios del aprendizaje, a su vez cuestionables.
- 2- Desde su perspectiva de la «caja negra», se ignoran aspectos de la vida psíquica como la conciencia, los sentimientos, las sensaciones o los procesos cognitivos.
- 3- Según el punto anterior, es forzosamente un modelo extremadamente simple, ingenuo y superficial que no analiza al hombre en profundidad, sino solo en sus facetas más triviales.
- 4- Se desentiende de todo el substrato innato-biológico, explicando toda la conducta a través de condicionamientos adquiridos.
- 5- Ve el comportamiento como fruto de la dinámica estímulo-respuesta, cuya visión reduccionista mecaniza, deshumaniza y robotiza al ser humano. Niega, por lo tanto, la capacidad creadora y de cambio, cuya intencionalidad es consustancial al hombre.
- 6- Reduce la experiencia a un simple registro y acumulación de datos observables.
- 7- Se basa, en gran parte, en la experimentación animal, con el peligro de extrapolar los datos al hombre y convertirse en una etología más que en una psicología humana.
- 8- Desde la consideración de las críticas anteriores, se observan los resultados de las técnicas de modificación de la conducta como falaces, ya que operan sobre los síntomas y no atienden los aspectos fundamentales del trastorno. Por lo tanto, y consecuentemente, la desaparición de unos síntomas va seguida de la aparición de otros nuevos.

Podría decirse que el modelo conductista ha aportado a la psiquiatría algo de lo que estaba muy necesitada: **el rigor experimental y científico**. En ese sentido es admirable su capacidad de crítica y de búsqueda de nuevos paradigmas. Posiblemente por este intento de depurar su quehacer y diseccionar su objeto de estudio, limpiándolo de toda contamina-

ción que empañara la observación y el control, se convirtió en un modelo extremadamente simple, donde los «aspectos intrapsíquicos» eran considerados molestos y peligrosos. Las orientaciones más recientes del conductismo permiten suponer una incorporación progresiva de algunos aspectos marginados, sin que se pierda el sentido científico que define este modelo.

La veracidad parcial de su contenido queda refrendada por su innegable eficacia en el tratamiento de algunos trastornos (tics, enuresis, fobias, etc.), sin que científicamente se haya probado que la desaparición de tales anomalías se acompañe de cualquier otra alteración. Sin embargo, se debe hacer notar, que los resultados favorables de las técnicas de modificación de conducta están en relación inversa a la complejidad del cuadro. En otras palabras, los cuadros monosintomáticos se benefician más de estas terapéuticas que los complejos polisintomáticos. Las fobias (uno de los aspectos centrales del estudio del conductismo) ejemplarizan lo dicho, ya que en sus variedades monosintomáticas responden muy bien a la técnica de desensibilización progresiva, mientras que en el síndrome agorafóbico (más proteiforme y cercano a la neurosis de angustia) se obtienen con esta misma terapéutica, unos resultados más pobres.

Estas últimas puntualizaciones, basadas en el tratamiento, orientan hacia la capacidad explicativa del modelo sobre determinados trastornos: los más nítidos y simples, cuya génesis está cercana al esquema lineal estímulo-respuesta. Sin embargo, el modelo y su consiguiente actividad terapéutica, fracasan en los trastornos más complejos (psicosis, neurosis y trastornos de personalidad), donde intervienen variables biológicas y psicológicas marginadas en los principios del modelo conductista.

Modelo cognitivo-conductual:

En los últimos años, ha habido una integración progresiva entre los modelos behavioristas o conductistas por un lado, y el modelo cognitivo puro por el otro. Dicha integración se concretó en la creación de las **terapias cognitivo-conductuales (TCC)**. Las TCC se basan en los siguientes principios: a) se focalizan en la conducta y en la cognición, b) están orientadas hacia el presente, c) utilizan terapias a corto plazo, d) se pueden medir los progresos obtenidos, e) fomentan la independencia del paciente, f) están centradas en los síntomas y en su resolución, g) ponen énfasis en el

cambio, h) desafían la posición del paciente, sus conductas y creencias, i) proponen una continuidad temática entre las sesiones y j) tienen una base empírica y trabajan con la participación activa del paciente.

La TCC trata una variedad de trastornos como la depresión, el trastorno de pánico, las fobias sociales, el abuso de sustancias, los trastornos borderline, los conflictos de pareja y de familia, etc.

Las raíces de la TCC se nutren de las tradiciones filosóficas (que toma el constructivismo) que plantean como cada sujeto construye su realidad con su experiencia subjetiva. Por lo tanto, el psiquiatra lleva al paciente a reconocer que, el significado de la experiencia se encuentra en quien la percibe, y en la eliminación de síntomas centrados en la evaluación de una nueva realidad construida por el paciente.

La **terapia cognitiva conductual** es una forma de intervención psicoterapéutica en la que destaca de forma prominente la **reestructuración cognitiva**, la promoción de una alianza terapéutica colaborativa, y métodos conductuales y emocionales asociados, mediante un encuadre estructurado. Su hipótesis de trabajo es que los patrones de pensamiento, llamados distorsiones cognitivas tienen efectos adversos sobre las emociones y la conducta, y que, por tanto, su reestructuración, por medio de intervenciones psicoeducativas y práctica continua, puede mejorar el estado del consultante.

La primera vez que el paciente se reúne con su psicoterapeuta, hablará acerca de cualquier problema que esté teniendo, de cómo se está sintiendo y sobre las metas que tiene para su psicoterapia. Después de unas cuantas visitas se decide con qué frecuencia se realizará la misma, pudiendo el paciente reunirse con su psicoterapeuta cada semana, o solamente una vez al mes. Los objetivos son acordados entre el terapeuta y el paciente, y se formula un plan de intervención estructurado a la medida de las necesidades y características particulares evaluadas.

Estas terapias se basan en reconocer el pensamiento distorsionado que las origina y aprender a reemplazarlo con ideas sustitutivas más realistas. Sus practicantes sostienen que la causa de muchas de las afecciones psíquicas (pero no todas) son los pensamientos irracionales. Resulta pertinente señalar que los creadores de este enfoque psicológico y terapéutico, para fundamentarlo, manifiestan haber apelado a antiguos tópicos de la **escuela estoica** de la filosofía griega. Especialmente, a aquéllos en los que pensadores como **Epicteto** manifiestan, de modo terminante, que no son los «hechos» objetivos mismos los que perturban la dinámica

del «alma», sino lo que «pensamos» -he aquí el principio cognitivo- en nuestro interior, en nuestra subjetividad, sobre esos hechos.

De esta manera, el control de las reacciones de nuestra emotividad y conducta puede permanecer de continuo en nuestras manos. O dicho de otro modo más taxativo: somos -hasta cierto punto- como los creadores de nuestra salud o enfermedad psíquicas, de nuestra dicha o de nuestra desdicha.

Las distorsiones del paciente, son denominadas por los fundadores de la doctrina, como **tríada cognitiva**. La tríada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al sujeto a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias, de un modo idiosincrásico. El primer componente de la tríada se centra en la **visión negativa del paciente acerca de sí mismo**. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo de tipo psíquico, moral o físico. Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que, a causa de estos defectos es un inútil carente de valor. Por último, piensa que carece de los atributos esenciales para lograr la alegría y la felicidad. El segundo componente de la tríada cognitiva se centra, en el caso del depresivo, a **interpretar sus experiencias de una manera negativa**. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa cómo construye el paciente las situaciones en una dirección negativa, aun cuando pudieran hacerse **interpretaciones alternativas más plausibles**. El tercer componente de la tríada cognitiva se centra en la **visión negativa acerca del futuro**. Espera penas, frustraciones y privaciones interminables. Cuando piensa en hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso. El modelo cognitivo considera el resto de los signos y síntomas, por ejemplo de un síndrome depresivo, como consecuencia de los **patrones cognitivos negativos**. Por ejemplo, si el paciente piensa erróneamente que va a ser rechazado, reaccionará con el mismo efecto negativo (tristeza, enfado) que cuando el rechazo es real. Si piensa erróneamente que vive marginado de la sociedad, se sentirá solo. Los síntomas motivacionales (por ejemplo, poca fuerza de voluntad, deseos de escape) también pueden explicarse como consecuencias de las cogniciones negativas. La poca fuerza de voluntad viene provocada por el pesimismo y desesperación del paciente. Si esperamos un resultado negativo, no puede comprometerse a realizar una

determinada tarea. Los deseos de suicidio pueden entenderse como expresión extrema del deseo de escapar a lo que parecen ser problemas irresolubles o una situación intolerable. La creciente dependencia también se puede entender en términos cognitivos. Dado que el paciente se ve como inepto y dado que sobreestima la dificultad de las tareas, espera fracasar en todo. Así tiende a buscar la ayuda y seguridad en otros que él considera más competentes y capacitados. Por último, el modelo cognitivo también puede explicar los síntomas físicos de una depresión. La apatía y las pocas energías pueden ser consecuencia de la convicción del paciente de que está predestinado a fracasar en todo cuanto de proponga. La visión negativa del futuro puede producir una inhibición psicomotriz. También la terapia cognitiva es frecuentemente usada junto con medicación estabilizadora del humor para tratar el **trastorno bipolar**.

Dentro de las críticas que se le hacen al modelo cognitivo conductual encontramos que:

- El tratamiento y la supresión de los síntomas son puramente superficiales.
- Las recaídas corresponden generalmente a trastornos en los cuales ninguna estrategia psicológica ha mostrado una eficacia significativa, por ej. esquizofrenia o trastorno antisocial de la personalidad.
- Los índices de eficacia de la TCC para síndromes de alta incidencia, como los trastornos de ansiedad, rondan el 90% de casos recuperados o muy mejorados en estudios de seguimiento a más de 2 años.
- Es que la TCC es una intervención superficial porque sólo se dirige a abordar los síntomas o las conductas, pero no se ocupa de las causas de los mismos, a las cuales se subordinan.
- Los diagnósticos cognitivo-conductuales se basan en algún sistema de clasificación vigente, como manuales psiquiátricos, sin embargo pueden implicar también otro sistema fiable y válido para definir los problemas, tales como criterios de evaluación para categorizar «habilidades sociales» o «autoestima».

Modelo psicoanalítico:

Es conocido también como modelo psicodinámico o intrapsíquico. El modelo psicoanalítico sostiene que la conciencia y las actividades supe-

riores del pensamiento son, un efecto-signo de los **procesos inconscientes**, derivados éstos a su vez de las fuentes de la pulsión.

Dice Freud: «... Debe asumirse que el inconsciente constituye las bases generales de la vida psíquica. El inconsciente es la esfera más grande, e incluye dentro de ella la esfera más pequeña de lo consciente. Todo lo que es consciente tiene un estadio inconsciente preliminar. **El inconsciente es la verdadera realidad psíquica**; en su naturaleza más profunda hay tanto de desconocido para nosotros como en la realidad del mundo externo, y ella es tan incompletamente presentada por los datos de la conciencia, como lo es el mundo externo por las comunicaciones de los órganos de los sentidos».

Freud había acuñado el concepto de «realidad psíquica», para designar una «forma particular de existencia» que no debe ser confundida con la «realidad material». Esta forma de existencia se basa fundamentalmente en los deseos inconscientes y en los fantasmas del sujeto.

Dice Freud: «Si miramos a los deseos inconscientes reducidos a su forma más fundamental y verdadera, deberemos concluir, sin lugar a dudas, que la realidad psíquica es una forma particular de existencia, que no debe ser confundida con la realidad material.

La concepción freudiana, parte de la idea según la cual, el desarrollo de la personalidad se contempla en función de la interacción entre procesos biológicos y ambientales. Efectivamente, desde una alternativa genética, el concepto de maduración de los impulsos sexuales es uno de los principios básicos que se mantiene estable a través de la teoría psicoanalítica. En este sentido la teoría del desarrollo infantil supone la existencia de una determinación biológica que varía en el curso de nuestra vida, cambiando en cada etapa la región del cuerpo cuya estimulación acapara la satisfacción de la libido.

Las cinco etapas que definen la evolución libidinal psicosexual son las siguientes:

- 1- Estadio oral.** Durante el primer año de vida la boca es la principal zona erógena. La satisfacción libidinal se obtiene gracias a la succión (estadio oral primitivo) en el primer semestre, mientras que en el segundo se incorpora el acto de morder como sustitución del chupeteo (estadio oral tardío).
- 2- Estadio anal.** En este período, que abarca entre el segundo y tercer año, la satisfacción libidinal está con relación a la evacuación

y a la excitación de la mucosa anal, por lo que las funciones defecación-retención fecal son particularmente importantes.

- 3- **Estadio fálico.** Comprendido entre los tres y los cinco años. El centro libidinal son los órganos genitales cuya manipulación es la mayor fuente de placer. El complejo de Edipo y la angustia de castración se originan en esta fase.
- 4- **Período de latencia.** Ocupa desde los seis años hasta la pubertad, y se corresponde con una atenuación del impulso sexual, mientras se desarrollan las normas morales que neutralizarán los impulsos más primarios.
- 5- **Estadio genital.** A partir de la pubertad la satisfacción libidinal alcanza su máxima expresión a través del acto sexual.

Según la teoría psicoanalítica, algún conflicto en el desarrollo de estas etapas implica una **fijación** a la misma, con la consiguiente traducción psicopatológica en la vida adulta, lo que hace de esta teoría psicosexual uno de los fundamentos del modelo psicoanalítico.

Para el psicoanálisis, la angustia (neurótica) es el resultado de la amenaza a la integridad del Yo, por lo que éste intenta conjurarla a través de los mecanismos de defensa que tienden a distorsionar la realidad y hacerla más tolerable para el sujeto. Los mecanismos de defensa elaborados en la infancia gozan de particular arraigo, influyendo notablemente en el futuro del sujeto.

En este contexto, la psicopatología, desde la perspectiva psicoanalítica, se ocupa de los diferentes mecanismos que, basándose en la **lógica del inconsciente**, permiten comprender la conducta patológica. El inconsciente es uno de los conceptos fundamentales del psicoanálisis, cuya concepción más elaborada quedará reflejada en la segunda teoría del aparato psíquico expuesta por Freud en 1923 («El Yo y el Ello»), donde se observa la personalidad según tres sistemas: **el Ello, el Yo y el Superyó.**

Este aspecto del modelo psicoanalítico supone, pues, las tres instancias psíquicas siguientes: **a) El Ello** es la estructura más básica y primitiva. Integra todo lo pulsional del sujeto. Aunque compuesto fundamentalmente por impulsos innatos (sexuales y agresivos), no es adecuado reducirlo únicamente a impulsos biológicos, puesto que los deseos reprimidos participan también en su formación. **b) El Yo** se desarrolla por diferenciación del aparato psíquico en su contacto con la realidad externa. Se sitúa entre las demandas del Ello y la realidad exterior, intentando



satisfacer las exigencias del mismo, pero asegurando la estabilidad del sujeto. Es, pues, el intermediario entre el Ello (que opera según el principio del placer) y el medio, asegurando la acción, pero en función del principio de realidad. La actividad del Yo puede ser **consciente** (percepción exterior o interior, procesos intelectuales), **preconsciente** e **inconsciente** (mecanismos de defensa). **c) El superyó**, que capitaliza los valores morales internalizados socialmente a través de la identificación con los padres. Es, por tanto, la sede de las fuerzas represivas que generan autocrítica y culpabilidad. El Super-Yo actúa sobre el Yo para que éste inhiba los deseos más intolerables desde el punto de vista moral.

El correcto equilibrio entre estas tres instancias asegura la estabilidad psíquica, mientras que la desproporción entre las distintas fuerzas aboca a los diferentes tipos de patología.

Por lo tanto, el marco psicopatológico desde la teoría psicoanalítica, queda encuadrado en los **conflictos infantiles** que, situados en algunas de las fases del desarrollo libidinal, se manifiestan en la edad adulta a partir de procesos inconscientes. Los traumas externos en la vida adulta no son nada más que los catalizadores de los conflictos de las etapas tempranas de la vida del sujeto.

Para el psicoanálisis lacaniano un sujeto se humaniza cuando accede al orden de la palabra, es decir un sujeto deviene sujeto cuando es sujeto de la palabra. Si este sujeto no es criado por un otro semejante (humano), ese sujeto no se va a humanizar, es decir no va a acceder a la palabra (orden simbólico) y por lo tanto no será un sujeto deseante.

En 1920 en «Más allá del principio del placer», Freud enuncia un concepto fundamental en su obra y que mantendrá hasta el final: la **«pulsión de muerte»**, que es la tendencia del aparato psíquico a volver al estado inorgánico. El sello de la pulsión de muerte es la **«compulsión a la repetición»**, es decir la repetición de lo displacentero. La pulsión de muerte lleva a la disolución del aparato psíquico y por ende a una caída del deseo y del sujeto humano. Las pulsiones freudianas están constituidas por la pulsión de muerte, es decir que la pulsión de muerte es estructural y fundante del sujeto humano.

Freud comparó el escándalo provocado por la teoría psicoanalítica, a otros dos impactos histórico-científicos similares: la cosmología galileica en el siglo XVII y la biología darwiniana en el siglo XIX. En los tres casos, efectivamente, el hombre ha sufrido la pérdida, una tras otra, de situaciones de privilegio que le permitían conceptuarse como algo único

en el mundo (heridas narcisistas). En efecto, se ha visto desposeído sucesivamente de tres ilusiones reconfortantes: a) la ilusión astronómica de coincidencia con el centro del universo, b) la ilusión biológica de una filiación específica singular y, c) la ilusión psicológica de un acceso a la plena conciencia de sí.

Desde el punto de vista epistemológico, para el psicoanálisis el sujeto no está en la conciencia (esta constituye un lugar falso), sino en el **inconsciente**. Es por lo tanto un sujeto escindido, en un sujeto de la conciencia y del inconsciente. El psicoanálisis es la puesta en acto de la realidad del inconsciente dice Lacan.

Para Jacques Lacan el certificado de nacimiento de la ciencia se instaaura con Descartes, es decir a partir de aquí se funda la aparición del sujeto de la ciencia. Es precisamente ese sujeto forcluido del discurso de la ciencia, del que se ocupa el psicoanálisis.

Lacan sostiene que lo que hace el psicoanálisis es subvertir el cógito cartesiano. Allí donde Descartes dice: pienso, luego soy (sujeto de la conciencia); Freud va a decir: **pienso donde no soy o soy donde no pienso** (sujeto del inconsciente).

La eficacia del psicoanálisis está basada en la eficacia de la palabra. Esta eficacia de la palabra remite a la relación del sujeto con el lenguaje, y el psicoanálisis conmociona esta relación del sujeto con el lenguaje. Recordemos a Heidegger cuando dice que «el lenguaje es la morada del ser».

Jacques Lacan dejó establecido en el Congreso de Roma (1953) su compromiso con la lingüística, para la comprensión del sujeto del psicoanálisis. Su concepción de los tres registros; **lo real, lo imaginario y lo simbólico**, le permiten hablar de la diferenciación entre el neurótico y el psicótico en la medida en que el primero ha podido salir de la relación especular, dual e imaginaria con la madre, y el último ha quedado simbióticamente atrapado en esta relación, y por lo tanto no ha logrado alcanzar la etapa edípica.

Útil en esta distinción resulta el concepto lacaniano de «**forclusión**» (repudio). Si bien el neurótico reprime contenidos psíquicos, estos no quedan destruidos: el neurótico ha adquirido el uso del lenguaje, y sus significantes han sido simbolizados en una red de significaciones, por lo que es posible su retorno. El psicótico en cambio, no conserva lo forcluido, sino que tacha o anula la experiencia, con lo que ésta será incapaz de reaparecer. Su falta de simbolización, determina que los significantes (sonido literal de las palabras desprovistas de correlaciones de significa-

do, de connotaciones) vuelvan desde lo real, esto es, surjan en forma de producciones psicóticas (delirios, alucinaciones), como si vinieran de un espacio ajeno al sujeto.

Freud solía enfatizar que el objetivo del psicoanálisis no estaba centrado en lo terapéutico, que la curación era algo que venía por añadidura del proceso psicoanalítico. Otras terapéuticas remiten a la recuperación de un estado anterior, y suponen los procedimientos necesarios para restablecer el estado de salud o de normalidad perdidos (coordenadas del modelo médico).

Pero el psicoanálisis se orienta desde otra perspectiva. A lo que apunta no es a restablecer la «normalidad» del sujeto, sino a esperar que afecte el destino de ese sujeto por la vía de su desciframiento, que convierta una existencia humana en algo distinto de lo que hubiera sido esa misma existencia sin pasar por el análisis.

Los síntomas surgen como resultado de los esfuerzos que el sujeto hace por paliar la angustia creada por los conflictos psíquicos inconscientes. La formación del síntoma se realiza con mecanismos diferentes al de la represión, dependiendo más bien de un retorno de lo reprimido en forma de formaciones sustitutivas (equivalentes que reemplazan los contenidos inconscientes), de formaciones de compromiso (forma que adopta lo reprimido para ser admitido en la conciencia) y de formaciones reactivas (sentido opuesto a un deseo reprimido y que se constituye como reacción contra éste). Los síntomas neuróticos surgen, pues ante el fracaso del Yo de mediar entre las pulsiones del Ello (de vida y de muerte), la realidad externa y las demandas del Superyó, enfrentándose a aquellos, pero intentando satisfacerlos de alguna manera. Representan, por tanto, fórmulas de compromiso entre el impulso y la defensa.

En cuanto al tratamiento, el psicoanálisis pretende hacer progresivamente consciente lo inconsciente dice Freud. De las diferentes formas en que éste puede develarse (actos fallidos, sueños, etc.), la teoría psicoanalítica le da un sentido a los síntomas en relación con el correlato histórico-biográfico del paciente.

Los principios fundamentales que sustentan la teoría psicoanalítica son:

- 1- Principio empírico.** El objeto último de estudio es la conducta en el contexto de sus manifestaciones inconscientes (significantes).

- 2- **Principio guesáltico y organísmico.** Toda conducta es expresión de la personalidad global, por lo que es una manifestación integrada, indivisible y holística.
- 3- **Principio genético.** La conducta debe entenderse genéticamente desde sus aspectos de maduración y desarrollo.
- 4- **Principio topográfico.** La conducta se encuentra sobredeterminada por las fuerzas que imperan en el inconsciente.
- 5- **Principio estructural.** Sustituye al anterior y evidencia la estructura del aparato psíquico en tres sistemas: Ello, Yo y Super-Yo.
- 6- **Principio dinámico.** El conflicto, expresión de la interacción y oposición de fuerzas, se desarrolla en función de los impulsos biológicos del Ello (sexualidad y agresividad) y del Superyó (inhibiciones de origen social).
- 7- **Principio económico.** Inspirado en la fisiología de base física formulada por Helmholtz, atiende el consumo de energía psíquica presente en el conflicto. Involucra el llamado Principio de constancia o del Nirvana, que señala la tendencia del aparato psíquico a permanecer en el nivel más bajo de excitación. Consecuencia del anterior, y en base a los procesos primarios, se desarrolla el Principio del placer, según el cual la conducta se genera a partir de un estado de excitación desagradable que tiende a reducirse produciendo placer y reduciendo el displacer. Contrariamente, pero con los mismos objetivos, se desarrolla el Principio de realidad, cuya base son las condiciones marcadas por la realidad externa. Así pues, el placer inmediato (Principio del placer) queda desplazado por otro posterior más mediato (Principio de realidad). Toda esta dinámica energética tiende a desarrollarse en función de la conservación de energía que asume el Principio de constancia.
- 8- **Principio adaptativo.** La conducta viene determinada por la interacción realidad externa-realidad interna.
- 9- **Principio psicosocial.** Asume el principio anterior al considerar que toda conducta está marcada por la influencia social.

El psicoanálisis se fundamentó inicialmente en los principios topográfico, dinámico y económico, para desarrollar posteriormente los principios genético y adaptativo y sustituir el principio topográfico por el estructural. A partir de los aportes de los llamados post-freudianos

culturalistas y de la llamada izquierda freudiana (Marcuse, Reich) se ha ido estructurando el principio psicosocial.

La estructura del modelo psicoanalítico creado por Freud, es un conjunto de: **a) práctica (cura analítica), b) técnica (método de la cura), y c) teoría (en relación con la práctica y con la técnica).** Es en este sentido que el psicoanálisis pretende reunir las condiciones estructurales de toda disciplina científica, ya que posee una teoría y una técnica que le permiten el conocimiento y la transformación de su objeto en una práctica específica.

Algunos psicoanalistas están de acuerdo con no darle «status» de ciencia al psicoanálisis, porque sostienen que se trata de una disciplina «diferente» que se ocupa de la absoluta singularidad del sujeto; provista de medios específicos de conocimiento y de acción, que no se deben confundir con el estatuto del método científico tradicional. Y, del mismo modo, que muchos epistemólogos reconocen que ciencia es ciencia y filosofía es filosofía; éstos estarían dispuestos a sostener que el psicoanálisis es psicoanálisis, y no ciencia. Pero hay otros psicoanalistas que consideran que sí, que esta disciplina proporciona un conocimiento científico basado en una metodología análoga a la que se emplea en otros campos de la ciencia. Entre los que piensan de esta última forma se halla nada menos que Freud, quien sostiene que la teoría psicoanalítica es una auténtica ciencia. En uno de sus trabajos («Múltiple interés del psicoanálisis»), Freud señala que se trata de una «**nueva ciencia natural**», y que, como tal, tiene las mismas pretensiones y metodologías de conocimiento que las mencionadas ciencias.

Mario Bunge afirma que el psicoanálisis no es científico, porque la ciencia ha «demostrado» la tesis monista: es decir que todo lo relativo a lo que se llama «mental» está relacionado con el cerebro y sus funciones.

Freud, desde su formación médica, influido por sus maestros «fiscalistas» (Meynert, Brücke), vinculados a la postura filosófica, metodológica y científica del fisiólogo alemán Hermann Helmholtz (dicha escuela intentaba explicar la conducta humana en términos físico-químicos); nunca abandonó la idea de que el psicoanálisis fuera una ciencia natural. Desde una perspectiva epistemológica general, Freud es un «**monista ontológico**», o sea, que admite la reducción de los objetos psicológicos a términos físico-químicos, pero supone que esa tesis no es metodológicamente útil para encontrar leyes científicas de la conducta. En efecto, no poseemos en este momento, -diría Freud- información

acerca de cómo reducir las leyes psicológicas a leyes físico-químicas, y por ello reconocería su monismo ontológico, pero adheriría a un **«dualismo metodológico»** en cuestiones de investigación.

Sin duda, Freud no era dogmático. Sabía que el conocimiento tiene el carácter de hipótesis provisoria aceptada por sus éxitos explicativos, predictivos y terapéuticos, pero que de ninguna manera encierra una verdad absoluta.

Situado el marco del modelo psicoanalítico, se van a sintetizar las críticas que, con mayor o menor razón han incidido en el mismo:

1- Falta de acuerdo entre diferentes observadores y entre las diversas escuelas psicoanalíticas.

A tal situación se llega a partir de un aspecto especialmente vulnerable del modelo analítico, como es la falta de un control experimental que verifique las hipótesis. El hecho de que los psicoanalistas interpreten el mismo fenómeno clínico de distinta forma, según la orientación de la escuela donde estén ubicados, hace perder credibilidad al modelo.

2- Confusión entre inferencia y observación.

Esta crítica hace hincapié en uno de los problemas más serios que tiene planteado el psicoanálisis. En efecto, la base del pensamiento científico es la inferencia o interpretación de los hechos que se hace a partir de la observación. Confundir la observación con la interpretación de los hechos, y creer que los datos que provienen de ésta son realidades clínicas, es un grave error que lleva a una equivocada orientación del caso particular y, a la larga, a un desprestigio del modelo que va deteriorando su credibilidad científica.

3- Escasa confirmación empírica.

La escasa fundamentación empírica del modelo psicoanalítico se ha basado sobre:

- a) La obra de Freud es tan rica en metáforas que se hace muy difícil su traslación a afirmaciones empíricas (de ahí las diferentes lecturas e interpretaciones que hacen las distintas escuelas psicoanalíticas como la de Melanie Klein, H. Hartmann, Jacques Lacan, etc.).

b) Como prolongación del punto anterior, hay que destacar que los intentos que se han llevado a cabo para plantear las argumentaciones analíticas en términos que, permitan la «comprobación objetiva» y la obtención de pruebas empíricas son muy escasas.

c) En la misma línea se ha criticado al psicoanálisis desde su planteamiento de hipótesis no verificables (Popper, Kuhn), aspecto evidente especialmente si tenemos en cuenta que trabaja sobre hipótesis no observables (pulsiones, mecanismos de defensa, desarrollo de la libido, etc.).

Cabe destacar que el fundamento de la teoría analítica es el inconsciente, área de la vida psíquica cuya complejidad, falta de delimitación y objetivación es evidente.

Desde diversas escuelas psiquiátricas, incluso desde ramas heterodoxas del movimiento psicoanalítico, se ha denunciado la excesiva preponderancia que el psicoanálisis concede al inconsciente (lo que supone un reduccionismo epistemológico), sometiéndolo al psiquismo, y por lo tanto al sujeto, a un determinismo fatalista.

d) Se ha acusado a los psicoanalistas de no preocuparse en verificar y contrastar sus propias hipótesis de trabajo.

e) La teoría psicoanalítica está montada sobre una compleja hiperestructura que pretende aprehender la vida psíquica en toda su extensión. Para mantener una sólida coherencia interna el psicoanálisis ha elaborado una sofisticada red de teorías cuya refutación-comprobación es altamente difícil.

4- Lo expuesto anteriormente ha sido posible en parte si se tiene en cuenta una crítica que incide en la actitud básica de los psicoanalistas: me refiero a la **enconada resistencia a la crítica que muestran**, amparándose frecuentemente en formulaciones de su propia teoría (resistencias, mecanismos de defensa, etc.).

5- Concede excesiva importancia a la esfera sexual, sometiéndolo al psiquismo humano a un pansexualismo. Tal concepción ha sido cuestionada por los freudianos heterodoxos (Jung, Adler) y por los post-freudianos (Fromm, Sullivan, Hartmann, Erikson, etc.).



6- Permanece ajeno a las contribuciones de la antropología cultural (no universalidad del complejo de Edipo, no comprobación de la pulsión de muerte, etc.), **de los enfoques sociogenéticos** (véase las críticas de Deleuze y Guattari expuestas anteriormente) **y de la psiquiatría biológica** (genética, neurofisiología, bioquímica, etc.).

7- Finalmente, desde la perspectiva terapéutica se ha acusado al psicoanálisis de **tener un mínimo porcentaje de curaciones** (cabén destacar las críticas de Eysenck quien señala que las remisiones espontáneas de los neuróticos son tanto o más numerosas que los éxitos de las terapias psicoanalíticas).

Se puede decir que el psicoanálisis ha contribuido en forma importante y decisiva en la comprensión del sujeto, sano o enfermo, profundizando los mecanismos inconscientes que subyacen a nuestra conducta. Es, precisamente, su contenido y objeto de estudio: **el inconsciente**, lo que le da su razón de ser y, a la vez, le plantea sus más grandes dificultades para constituirse como ciencia. Se ha dicho que se trata de un método que permite un conocimiento científico de lo individual, es decir de la singularidad de cada sujeto. Sin embargo, su quehacer como ciencia se edifica sobre bases que son difíciles de compaginar con la metodología científica tradicional: a) operar sobre casos individuales y, b) elaborar su trabajo sobre hipótesis no observables. Sin negar que sobre estos cimientos pueda llegar a estructurarse una ciencia, es evidente que tales inconvenientes abonan las posibilidades de especulación donde, como hemos visto, los datos inferidos se confundan con los datos de la observación. Porque una cosa es la clínica, sobre la que se asienta el psicoanálisis, y otra muy distinta la interpretación de la teoría que de ella se hace, lo cual supone un pasaje, necesario, cuya veracidad debe ser, sometida a una permanente autocrítica.

Se acepta como lógico que la investigación psicoanalítica se haga, en el caso individual, durante el mismo proceso de la cura. Pero también es importante que el analista opere (con un espíritu científico y crítico) separando lo personal de aquello que, trascendiendo la anécdota es factible de integrarse en una doctrina más amplia que permita al modelo a irse estructurando como una ciencia, discerniendo de la interpretación fundamentada con la teoría y la clínica, y a aquella con finalidades de sondeo. De lo individual a lo general, de lo anecdótico a lo nuclear, éste es el

camino a seguir en este modelo. Por el contrario, la obstinación que condena y somete al paciente a pasar por el filtro de la teoría preestablecida me parece un gran error, cuyas consecuencias repercuten en el paciente y en el propio psicoanálisis, cuyo valor científico se resiente.

Parte de su innegable coherencia interna se basa en la firmeza con que ha mantenido sus principios, desoyendo críticas y formulando principios difícilmente verificables con la metodología científica tradicional. Sin embargo, la apertura hacia otros aportes científicos y una mayor capacidad de crítica redundarían en su propio beneficio.

El psicoanálisis, aunque no niega los aportes que provienen de otras disciplinas científicas, margina frecuentemente sus investigaciones con la finalidad de mantener la propia coherencia interna ya aludida. Las escasas confrontaciones que se han producido, por ejemplo, en el plano de la biología (neurofisiología del sueño, bioquímica de las depresiones, substrato genético de ciertos trastornos mentales, etc.), se han desarrollado más en el terreno teórico que en el práctico, sin que ningún impacto real se haya producido en las concepciones analíticas.

Es precisamente en las investigaciones psicofisiológicas donde el psicoanálisis se enfrenta a los límites de su propia capacidad explicativa. Psicologizar totalmente la unidad psicofísica que es el hombre, e ignorar otros aportes, sólo puede hacerse en detrimento de la multicomplejidad del mismo, con el consiguiente reduccionismo y de un empobrecimiento de la acción terapéutica.

Con respecto al tratamiento me parece oportuno hacer algunas puntualizaciones. Estoy de acuerdo con aquellos que advierten sobre el engaño que supone convertir una terapéutica en una simple técnica empirista, donde lo fundamental es resolver un síntoma y solucionar el problema externo aparente, ya que es indudable que en estos casos el conflicto frecuentemente reaparece con la misma o distinta expresión clínica. Sin embargo, tampoco es justificable ampararse en esta realidad y, con el pretexto de no convertir el tratamiento en una técnica al servicio de la conveniencia social, olvidar que toda práctica clínica debe preguntarse por su eficacia terapéutica, no para rendir cuentas a un contexto social ansioso de producción, sino por lo que supone de fuente de contrastación respecto a sus propios fundamentos epistemológicos y porque lo que está en juego es la mejoría del paciente y, por consiguiente, su capacidad de usar y ejercitar la libertad. Por esta razón, estoy de acuerdo con la valoración de resultados, pero no en función de unos parámetros

delimitados socialmente, sino por aquellos otros que marca el propio sujeto (capacidad de relaciones interpersonales, bienestar subjetivo, decisión personal, actividad sexual, capacidad de autocritica y toma de decisión ideopolítica, interés y eficacia profesional, etc.).

También se señala la desproporción existente entre la compleja superestructura teórica del modelo psicoanalítico y sus auténticas posibilidades terapéuticas. En efecto, el campo de las psicosis endógenas y exógenas quedan prácticamente fuera de su jurisdicción, si no es en casos muy especiales, bajo el control de analistas muy experimentados. Las personalidades psicopáticas y las llamadas perversiones sexuales, tampoco son accesibles a la terapéutica analítica, ya que el alto grado de narcisismo impide un tratamiento en este sentido. Respecto a las neurosis graves, aunque los psicoanalistas recomiendan la cura analítica, muchos reconocen que los resultados son bastante limitados. En síntesis, su campo terapéutico queda centrado, desde un punto de vista práctico y eficaz, a las neurosis no graves (histeria, neurosis obsesiva y fobias), y en aquellos sujetos que, por motivos personales y / o de formación como analistas, pretenden un mejor conocimiento de sí mismos o de sus deseos inconscientes. En busca de una mayor comprensión del sujeto humano es aplicable por supuesto, a cualquier trastorno psíquico u orgánico, pero con la idea clara de que en estos casos su intervención no se produce sino como complemento de otros enfoques y modelos.

La consideración de estas evidencias clínicas (empíricas) debería hacer reflexionar a los teóricos del psicoanálisis sobre los puntos débiles de su modelo y la necesidad de incorporar otros aportes que le permitan una comprensión más amplia del sujeto humano. Los psicoanalistas deben reconocer, humilde y abiertamente, su impotencia frente a ciertos trastornos y aceptar sin reparos la eficacia de otros enfoques, lo cual se reflejará en un enriquecimiento y perfeccionamiento de su propia teoría.

Tal reconocimiento tampoco implica necesariamente, una invalidación total de sus bases conceptuales, sino que sugiere una interacción de las distintas variables bio-psico-sociales que intervienen en la conducta humana.

Modelo sociológico:

Difícilmente se pueda hablar de un modelo sociológico en sentido estricto, ya que sus distintas ramificaciones (psiquiatría comunitaria, psi-

quiatria institucional, antipsiquiatría, etc.) no constituyen un frente único con una línea teórica unitaria, sino que, desde el denominador común que supone considerar los factores socioambientales en la génesis o mantenimiento de los trastornos psíquicos, cada corriente mantiene sus propias bases teóricas y su praxis particular.

Voy a centrarme en la corriente más radical: **la antipsiquiatría**. Quiero recordar, asimismo, que en esta misma tendencia existen diversas orientaciones cuyas formulaciones no son idénticas, así como sus opciones prácticas que siguen criterios distintos.

Mi interés al tratar este tema reside esencialmente en que los otros modelos sociológicos (psiquiatría comunitaria, psiquiatría institucional) han sido incorporados, con mayor o menor medida, a la psiquiatría académica, y su contribución es evidente para todo psiquiatra que mantenga una actitud conceptual abierta. Sin embargo, la antipsiquiatría se resiste a esta incorporación y delimita su propio camino. En efecto, estas nuevas tendencias han tenido una repercusión social evidente, reflejada en los medios de comunicación, en el interés que el ciudadano común muestra por los temas psiquiátricos y en el afán de crear centros de salud mental. En toda esta conmoción social no está ajena la antipsiquiatría, ya que se inserta en todo un movimiento general de renovación social. Pues bien, una corriente cuyo impacto en la comunidad y en la psiquiatría académica e institucional es evidente, no puede marginarse y obliga a tomar ante ella una posición.

Su aspecto más positivo ya se ha mencionado: actúa como revulsivo que inquieta a los otros modelos (especialmente al médico y al psicoanalítico) hasta hacerles replantear sus propias posiciones conceptuales. El modelo médico flexibiliza sus límites e incorpora aspectos psicológico-sociales, delimitando y depurando los cuadros que todavía pueden seguirse a través de sus propios principios, mientras que el psicoanálisis, en sus vertientes más progresistas, asume las críticas que provienen de las tendencias sociológicas, intentando dar a su teoría una nueva dimensión, más actualizada y renovadora, sin deteriorar sus postulados fundamentales.

Apuntando lo que, a mi criterio, constituye su aspecto más positivo, se pasará a señalar los puntos más sobresalientes de esta corriente.

La enfermedad como tal es negada en forma explícita o implícita, ya que, de cualquier forma, es considerada fruto de las contradicciones sociales. En algunos casos (Laing, Cooper, Szasz), la locura es ponderada como una forma natural y positiva de enfrentarse a esta patología del

medio que hace del supuesto enfermo una verdadera víctima social. Con este marco de referencia es lógico que la actitud crítica de la antipsiquiatría se haya centrado en tres estructuras diferentes: **1) la familia**, como elemento portador y continuador de las mencionadas contradicciones sociales; **2) la institución psiquiátrica tradicional**, exponente del autoritarismo social en varias de sus prolongaciones ideológicas y prácticas: lucha contra los hospitales psiquiátricos, ataque contra las terapéuticas biológicas, en ocasiones crítica severa a la práctica psicoanalítica y a conceptos básicos de la psiquiatría clásica (proceso-desarrollo, nosotaxia, etiopatogenia de la esquizofrenia, normalidad-anormalidad, etc.), y **3) la propia sociedad**, germen de todo trastorno psíquico.

La versión más actualizada del movimiento social psiquiátrico contestatario centra precisamente su crítica, más que en la institución psiquiátrica, en las presiones sociopolíticas de la estructura social, por lo que, en su opinión, la solución del problema va más ligada a las luchas populares, que a cambios en la estructura del edificio psiquiátrico. En este sentido, solo a través de cambios sustanciales a nivel social se vislumbra la posibilidad de actuar en profundidad sobre los trastornos psiquiátricos.

Se pueden sintetizar las ideas básicas del movimiento antipsiquiátrico en los siguientes puntos:

- 1- La enfermedad mental tiene una génesis fundamentalmente social.
- 2- La psiquiatría tradicional ha sido la culpable, a través de su doctrina y de sus actuaciones prácticas, de la perpetuación de un estado de represión ante el paciente psiquiátrico.
- 3- Consecuentemente, rechazo hacia toda la estructura que sustenta y se deriva de la psiquiatría tradicional: clasificaciones psiquiátricas, terapéuticas ortodoxas (biológicas, conductistas, ¿psicoanalíticas?), fenomenología clínica, hospitales psiquiátricos, etc.
- 4- La solución se enfoca a través del compromiso y praxis política, que corre paralela al desmantelamiento de la psiquiatría tradicional.

Ya se ha señalado el aspecto que creo más positivo de la antipsiquiatría: actuar como detonante y dinamizar a otros modelos, a partir del cuestionamiento radical de la mayoría de principios que se consideraban inamovibles. A este hecho evidente hay que añadir el aporte que supone haber señalado la contribución del factor socioambiental

en algunos trastornos psíquicos como la esquizofrenia, donde la consideración polifactorial de algunas de sus formas me parece razonable.

Sin embargo, este modelo presenta una serie de fisuras cuya importancia lo hace muy vulnerable a cualquier crítica seria. En principio, creo que su punto más débil radica en la inexistente demostración de gran parte de sus argumentaciones. Críticas tan serias como las que mantiene la antipsiquiatría deben razonarse basándose en estudios sólidos que sustenten la crítica, y no únicamente en golpazos, más o menos brillantes, cuya solvencia me parece escasa. Así pues, ni en la crítica que hacen a los demás modelos, ni en la defensa que mantienen de sus propios principios se sigue una metodología científica; porque pretender basar la validez de sus razonamientos en unos pocos casos individuales, puede servir como motivo de reflexión, pero nunca permite sentar principios definitivos, especialmente si se tiene en cuenta la dudosa ubicación nosográfica de algunos de sus más famosos casos, como el de Mary Barnes («Viaje a través de la locura»).

Por lo tanto, sin ninguna base científica, se asegura que la génesis de la enfermedad mental (término que prefieren sustituir por el más llamativo de «locura») es social o, incluso, que es un ente inexistente creado por la propia estructura psiquiátrica. Una aseveración de tal magnitud y sin base consistente, solo puede mantenerse a costa de una actitud radicalizada y rígida por parte de sus defensores. Ninguna duda, ninguna vacilación, suele vislumbrarse en sus escritos, cuya tónica general viene marcada por el dogmatismo. De forma casi profética, creen haber llegado a la verdad absoluta a costa de excluir todos los conocimientos que durante dos siglos, como mínimo, se han incorporado a la aprehensión holística del hombre. Esta radicalización se plasma en su planteamiento excesivamente simplista de las cuestiones en términos de bueno-malo, donde solo algunos están en posesión de la verdad.

Con esto quiero apuntar hacia otra de las graves deficiencias de la antipsiquiatría: su marginación de los aportes que provienen de la psicobiología, del conductismo o del psicoanálisis. Se omite el nivel orgánico y psíquico, reduciendo toda la compleja dinámica humana al nivel social. Ocasionalmente se acepta la evidencia de determinados trastornos somáticos, pero interpretándolos como consecuencia de la incidencia psicológica y descartándolos como factor causal (Laing en «Esquizofrenia y presión social»). Naturalmente, no se exponen los datos que fundamentan tal argumentación.

Otro aspecto negativo de esta tendencia es la imprecisión de sus trabajos, ya que frecuentemente se habla en ellos de trastorno, de locura, etc., pero sin que se aclare exactamente que es lo que se entiende por tales términos. Habitualmente sus referencias se hacen sobre la esquizofrenia, pero sin matices sus conclusiones se extienden a todo el ámbito psiquiátrico. Esta actitud está en consonancia con su posición crítica respecto a la nosotaxia psiquiátrica.

La ideología de sus escritos puede aplicarse a todo tipo de trastornos psíquicos: esquizofrenias, psicosis maníaco-depresivas, neurosis, toxicomanías, trastornos de personalidad, trastornos psicósomáticos, etc., lo cual resulta una generalización excesiva, cuyos aportes al conocimiento del sujeto enfermo psíquico tiene poca utilidad. Es evidente que tal ambigüedad, favorece la crítica ideológica global que sostiene la antipsiquiatría, pues los matices tendrían que reflejarse, necesariamente, en la aceptación de otros modelos y en la participación de variables de otro orden que las sociales, con lo que su coherencia interna se resentiría notablemente.

Estas consideraciones me llevan, precisamente al análisis de las últimas derivaciones de esta corriente social. Me refiero a su cada vez más acentuada radicalización, por lo que en sus más recientes manifestaciones da por superada la etapa antipsiquiátrica para pasar a situar su postura, insertada en la lucha de clases y en los movimientos proletarios de masas. Es evidente que desde los estudios de Laing y Esterson sobre familias de esquizofrénicos y la renovación asistencial iniciada por Basaglia en Italia, se han dado pasos considerables hasta llegar a la situación actual. De aquellos primeros trabajos, cuyo interés psicopatológico y práctico (se esté o no de acuerdo con sus conclusiones), me parece indudable; a las actuales posturas radicalizadas y absolutamente politizadas hay un importante abismo. La toma de posturas cada vez más inflexibles la vemos derivada de una práctica en general pequeña, donde los resultados terapéuticos han sido escasos. Afrontar una realidad que nos resulta penosa solo puede llevarnos a dos posturas: rectificar nuestra posición, para amoldarla a una situación más compleja que la intuida inicialmente, o formular principios progresivamente más radicales, que sean capaces de encubrir nuestra propia incapacidad para aprehender la realidad. Desgraciadamente la antipsiquiatría ha optado por esta última posición, con lo que se consigue mayor aceptación y adhesión incondicional de los grupos sociales más radicalizados o más demagógicos, pero a costa de empobrecerse científicamente.

Me parece oportuno hacer referencia a dos cuestiones que creo importantes al presentar el modelo sociológico. La primera se refiere a la ya insinuada versión que algunos autores hacen de la enfermedad mental. La locura, según se desprende de sus escritos, es un fenómeno bello, productivo y positivo. Esta opinión contrasta totalmente con la realidad clínica que nos muestra al paciente como un sujeto marcado por un sufrimiento intenso, producto del grave deterioro de sus relaciones intra e interpersonales. Ni en el esquizofrénico, ni en el melancólico, ni en el paranoico, ni en el neurótico se puede ver un sujeto humano satisfecho, cuyo trastorno le conduzca a una forma existencial más productiva y positiva.

Sólo en el paciente maníaco subyace un temple eufórico que le lleva a una actividad desbordante. Pero también en estos casos la relación interpersonal del sujeto se deteriora, puesto que su tono exuberante le enfrenta a todo aquel que, en forma razonable o irrazonable, le contradice mínimamente. Por supuesto su rendimiento objetivo (no su vivencia subjetiva) desciende notablemente; ello sin contar que un trastorno de este tipo tiene, incluso en su evolución natural, una duración limitada (de 4 a 6 meses), pasada la cual el paciente queda, con frecuencia, afligido por su comportamiento anterior, incluso cuando no comete daños materiales irreparables durante el período mórbido.

Así pues, solo la ignorancia o una filigrana literaria o demagógica, permiten mostrar la enfermedad mental como un estado satisfactorio y fructífero. La posibilidad de que esta situación mórbida suponga a la larga una posibilidad de cambio existencial renovador (Cooper), queda absolutamente descartada con la experiencia que durante siglos, se tiene sobre la evolución natural de la enfermedad mental. Casos aislados, como el de Mary Barnes, cuyo diagnóstico de esquizofrenia es más que dudoso, no permiten llegar a ninguna conclusión, ya que estadísticamente un 25-30% de psicosis esquizomorfias remiten totalmente sin deterioro.

La segunda cuestión que quería tratar también me parece importante. Es la fusión frecuente que se hace entre la crítica a los enfoques asistenciales y la crítica a la etiopatogenia y a los aspectos terapéuticos derivados de ella. En efecto, a menudo se subraya la mala asistencia y los indudables abusos cometidos en las instituciones psiquiátricas, pasando sin solución de continuidad, a cuestionar aspectos etiopatogénicos y terapéuticos, como si un tema estuviera correlacionado positivamente con el otro. No me parece razonable que se mezclen los problemas asistenciales y los epistemológicos en psiquiatría. Insisto, por tanto, en

delimitar exactamente las cuestiones éticas (Szasz ha señalado estos aspectos) y las técnicas. Hay que tener conciencia que determinados modelos, como por ejemplo, el médico, propician una orientación asistencial y terapéutica más despersonalizada, y suelen tener por tanto, mayor aceptación en situaciones sociopolíticas autoritarias. Sin embargo, confundir esta realidad con la invalidación total de este modelo, al enfocar el problema etiopatogénico de la enfermedad mental (psicosis), supone un error sustancial en el que insistentemente ha caído la crítica antipsiquiátrica.

Se hará un comentario, finalmente, del tema de la terapéutica y su enfoque por parte de la antipsiquiatría. Es significativo, en este sentido, que se ha cuidado en no dar, en general, pautas de tratamiento, cosa por otra parte congruente con su orientación conceptual. El capítulo terapéutico queda tratado en forma extremadamente ambigua. Mientras Laing y Cooper se inclinan por técnicas de estilo oriental (meditación yoga, etc.) o contracultural (LSD, etc.); Basaglia y toda la psiquiatría democrática italiana desmantelan manicomios sin que quede claro como asumen la cuestión específicamente terapéutica; y otros como Berke y Morton Schatzman abogan por comunidades o centros de crisis donde el terapeuta presta apoyo existencial y humano con base psicoterapéutica no muy bien definida. El estilo terapéutico es ciertamente variado, y se extiende desde psicoterapias de orientación analítica hasta otras carentes de todo sustento teórico. No me parece extraño, en concordancia con lo dicho, que en un documento como la «Red Internacional Alternativa a la Psiquiatría» se puntualice que el trabajo de este movimiento contestatario no debe convertirse en una pura labor caritativa, humanitaria y de asistencia social.

Asimismo se destaca que es frecuente ver como en algunos equipos antipsiquiátricos se concede la misma importancia y labor a todos los miembros, desde los más calificados a los que no poseen ninguna formación técnica. Esta actitud, en la que me parece ver parte del éxito de esta corriente en los ambientes paraprofesionales psiquiátricos, solo sería aceptable si el hecho psiquiátrico estuviera generado y mantenido solo por un contexto social, ya que entonces el único requisito para actuar terapéuticamente sería el de la concientización política y no el de la profesionalización. Pero, una vez más, se vuelve al reduccionismo sociológico que esta tendencia mantiene en sus planteamientos terapéuticos más radicales.

Otra cosa distinta es, por supuesto, considerar que todo el equipo, desde el más al menos calificado, contribuye e influye en el proceso de recuperación del paciente, creando el clima adecuado para que las tensiones intra e interpersonales del enfermo se superen en forma satisfactoria. Como dato significativo, en la crítica que el propio Jervis hace a su frustrada experiencia de Regio Emilia creo observar una llamada a la necesidad de mantener diferentes niveles de comunicación técnica según la calificación de los miembros del equipo, para evitar un progresivo deterioro en el plano científico y asistencial.

Al margen de la «técnica» aplicada por la antipsiquiatría, me parece interesante su campo de acción. En este sentido cabe destacar que, a pesar de su frecuente alusión a la locura, ésta, en su sentido estricto (locura = enfermedad mental = psicosis), apenas se beneficia del modelo sociológico. Es significativo que las experiencias de Laing y Esterson apenas hayan tenido continuidad, que Cooper se retirara de la práctica clínica tras el final de su Villa 21 o que la experiencia de Jervis en Regio Emilia fracasara. Por supuesto, que los pobres resultados de estas experiencias pueden verse en función de la poca colaboración que los poderes sociopolíticos imperantes hayan podido prestarles.

Por otra parte, cuando se leen atentamente los textos antipsiquiátricos (exceptuando las experiencias iniciales inglesas y las manicomiales italianas), se traduce que su espectro de actuación actual está más bien ajeno al mundo psicótico y neurótico. Sin embargo, creo que presta una considerable ayuda a problemas no nucleares del quehacer psiquiátrico, como la delincuencia, la asistencia a niños problema, los conflictos generacionales, las toxicomanías, etc., aspectos cuya raigambre social me parece evidente.

Sostengo que el estatuto epistemológico de un modelo puede medirse, en la función de la capacidad que demuestra para resolver los diferentes cuadros clínicos. Así pues, la antipsiquiatría y el modelo sociológico tienen indudables posibilidades en los problemas ya apuntados, cuya implicación social es clara, así como en el terreno de la prevención y como complemento de otras orientaciones. Sin embargo, me parece desmesurado e inconsistente pretender entender toda la problemática psiquiátrica a través del filtro social. El futuro dirá, sin duda, el alcance y los límites de este modelo, pero un planteamiento actual más ecuánime del mismo beneficiaría a toda la psiquiatría.

Modelo bio-psico-social:

Uno de los dilemas que enfrenta la psiquiatría es el dualismo cartesiano: la oposición cerebro-mente (o soma-psique). Esto se ve reflejado en la dicotomización de teorías y modelos que intentan abordar la complejidad de un sujeto con un trastorno psíquico. Cada modelo aporta su perspectiva desde el punto de vista de sus presupuestos teóricos. Estos diferentes modos de abordaje, aparecen como facetas aisladas de un prisma incapaz de reflejar en forma nítida e integral la multidimensionalidad y la multicomplejidad del sujeto humano en su-estar-en-el-mundo.

La teoría general de sistemas (TGS) nos ofrece un modelo de unificación, al brindar una perspectiva sobre el sujeto en toda su complejidad y en interacción con el mundo que lo circunda. La TGS conforma la base del modelo bio-psico-social. Propuesta inicialmente por el biólogo Bertalanffy, la TGS surge como un intento de contrabalancear la prevalente tendencia occidental de hiperespecialización, con la inevitable consecuencia de estrechez y compartimentalización del conocimiento, a medida que los especialistas «aprenden cada vez más y más, sobre menos y menos».

La TGS postula que todas las criaturas vivientes, son equipos organizados de sistemas, definiendo estos últimos como un complejo de elementos interrelacionados. Los sistemas vivientes son sistemas complejos, organizados jerárquicamente y compuestos de diferentes niveles: a) célula (antes incluso molécula, enzima, organela, etc.), b) órgano, c) sistema de órganos, d) organismo, e) grupo, f) organización, g) sociedad, h) sistema supranacional, i) mundo, j) universo.

Cada sistema de nivel superior posee características que emergen sólo a ese nivel. Estas propiedades que van emergiendo, no pueden ser completamente entendidas, simplemente, como una suma de las partes que componen dicha propiedad (no es tan solo la suma de las partes).

Los sistemas se caracterizan por su organización, por la interrelación e interacción de sus partes, por sus mecanismos de control y por sus tendencias tanto hacia la estabilidad (homeostasis), como hacia el cambio (heterostasis). La parte esencial de cada sistema, en cada nivel, regula el balance entre estabilidad y cambio, y mantiene los límites del sistema. Los organismos vivientes son concebidos, como sistemas abiertos involucrados en un intercambio continuo de materia, energía e informa-

ción. No son pasivos, sino intrínsecamente activos, incluso sin estimulación externa.

La TGS, siguiendo la escuela biológica organísmica, considera la inseparabilidad de los aparatos y mecanismos que determinan la actividad de un ser viviente. Ya que la TGS se origina en el campo de la biología, puede incorporar tanto mente como cuerpo, lo vivencial como lo conductual, lo individual y lo social; en su esquema general de varios niveles y aspectos de los sistemas, que operan en base a los principios básicos: la necesidad de organización, interacción, mecanismos de control y mantención de los límites.

La teoría cibernética, desarrollada por Wiener, ayuda a clarificar el modo en que los mecanismos de retroalimentación (feed-back), son fundamentales para una cantidad de procesos autorreguladores, tanto en humanos como en máquinas. Estudios en este campo, por ej. en el biofeedback, la habilidad de elevar o bajar la presión arterial o temperatura a través de otorgar feedback de los efectos que uno está produciendo, han demostrado el íntimo vínculo entre los eventos psicológicos y los fisiológicos.

El enfoque de la TGS propicia un abordaje integral y holístico del hombre. Nos ayuda a entender ciertos aspectos de la psicopatología individual o grupal, como por ej. un malfuncionamiento o desperfecto del sistema. Los efectos de sobrecarga de información, han sido estudiados en sistemas que van desde seres vivos hasta organizaciones industriales o militares. Los sistemas se adaptan de la misma manera (procesos isomórficos) a esta sobrecarga, independientemente del nivel jerárquico en que se encuentran. El estudiante de medicina, por ej., sobrecargado de trabajo y de información, puede incurrir en omisión o error, dos procesos de adaptación característicos de sobrecarga de ingreso. La neurona individual se conduce de una manera muy similar ante estimulación excesiva.

Se puede asimismo, concebir la reacción de una sociedad abrumada por la rapidez del cambio del entorno y la sobreestimulación. Este concepto nos ayuda, sociológicamente, a entender los típicos estilos de vida, actitudes, conductas y por lo tanto modos de enfermar de los habitantes de las metrópolis contemporáneas, en nuestras sociedades altamente tecnologizadas. Así como un sobrecargado sistema telefónico puede dejar de funcionar como sistema, sin disfunción alguna de sus partes, también puede una persona sucumbir ante la sola acumulación de estresores, sin necesariamente tener una falla funcional en sus órganos componentes.

La TGS es atractiva para los estudiosos de las ciencias de los organismos vivos, por lo amplio de sus conceptualizaciones. Es de gran utilidad cuando uno intenta estudiar diferentes niveles de organización en interacción dentro de un mismo sistema, como por ej. interacciones mente-cuerpo, y la interinfluencia del individuo y la familia o dinámica grupal social. Ha jugado un papel fundamental en la unificación de una serie de tendencias, que han gravitado a una visión más holística e integral del ser humano. Esta visión considera, no solo a la biología ni a la psicología del sujeto, sino también su realidad objetiva y subjetiva única, creada por ciertos sustratos biológicos dados, y por el entorno social y cultural dentro del cual el sujeto nació, se desarrolló y transcurre su vida. El enfoque sistémico, escapa a la consideración del hombre aislado.

Los psiquiatras, más aún que otros médicos, requieren de una perspectiva sistémica. Por ej. un adolescente aprehensivo, angustiado, que se presente muy inquieto, agitado, con taquicardia e insomnio, puede estar manifestando un trastorno primario a nivel celular o de órgano (tirotoxicosis, intoxicación anfetamínica, etc.), a nivel orgánico (angustia sobre la emergencia de impulsos sexuales prohibidos), a nivel grupal (presiones familiares intolerables, victimización por pares en su escuela), a nivel social (desempleo, discriminación racial o religiosa), o incluso a nivel de sistema supranacional (amenaza de guerra, enlistamiento involuntario para el servicio militar). Los trastornos en un nivel, pueden afectar el funcionamiento en otros niveles. El psiquiatra debe mantener todos estos niveles en mente, en la búsqueda del trastorno primario, teniendo en cuenta los demás niveles.

Un abordaje sistémico es la base de un verdadero enfoque bio-psico-social en psiquiatría, y contribuye a recordar a los médicos y a otros profesionales de la salud, sobre la enorme complejidad de la naturaleza humana.

INTEGRACIÓN DE LOS MODELOS EPISTEMOLÓGICOS DE LA PSIQUIATRÍA

En base a lo anteriormente descrito, considero que el estatuto epistemológico de la psiquiatría está formado por diversos modelos que intentan aprehender la realidad; pero que no son la realidad misma, sino su representación (recordemos que el mapa no es el territorio). La interpretación que de la realidad hacen los diferentes modelos, escapa totalmente a un enfoque único y exclusivo. Pretender aprehender con un solo modelo, la «explicación» y la «comprensión» de los distintos trastornos psíquicos, es una pretensión ingenua, simplista y poco racional.

La conducta humana, normal o patológica, es tridimensional (dimensión bio-psico-social). Explicación y comprensión son dos modos de acercamiento a tal conducta, que proporcionan visiones absolutamente complementarias y compatibles. La explicación causal podrá ir más adecuadamente dirigida a los niveles biológicos, en tanto que la comprensión teleológica (finalidades y significaciones) encajará mejor en los niveles psicológico y social.

Desde mi perspectiva, sostengo que hay que rechazar los reduccionismos. Los diferentes modelos por separado solo dan una base epistemológica, que aunque necesaria, es reduccionista en la comprensión de la multidimensionalidad y multicomplejidad del sujeto humano.

La explicación científica no es solo causalista, ni es solo teleológica. **Ante ello se impone el postulado de la complementariedad.** Consiguientemente, podría decirse que, metodológicamente, el conocimiento científico puede enriquecerse con una aplicación simultánea de los métodos explicativos y comprensivos; con un espíritu abierto y crítico, sin caer en reduccionismos.

La verdadera integración de las ciencias naturales y humanas, solo se hará a expensas de la **inclusión del observador en su objeto de estudio**; a través de una nueva epistemología que contemple la subjetividad del sujeto cognoscente (epistemología cibernética de segundo orden). El acto de conocimiento, y por ende la construcción de la ciencia, se hace, siempre mediante la subjetividad. Para que tal integración se produzca, es necesaria la **creación de puentes y convergencias inter / trans / multidisciplinares** que contemplen la multicomplejidad y la multidimensionalidad del sujeto humano en su-estar-en-el-mundo.

Estas convergencias inter / trans / multidisciplinares, implican empezar a considerar que el conocimiento científico no debería estar dividido en compartimientos estancos, sin ninguna posibilidad de intercambio, como lo está hoy; sino que a través de dichas convergencias pueda ser posible la construcción de una nueva epistemología, que como premisa fundamental incluya al observador en la observación científica.

Hay dos requisitos básicos del operar científico: **a) el rigor y b) la imaginación.** Pero no se trata de un rigor científico rígido, dogmático, sin imaginación ni creación. La historia de la ciencia nos enseña, que es a través de las ideas novedosas y creativas que el conocimiento científico avanza. Los verdaderos protagonistas de la ciencia, los que provocaron reales saltos epistemológicos o revolucionaron algún campo del saber, nunca fueron rígidos ni dogmáticos.

Es, precisamente, a través de la imaginación y la generación de ideas creativas, en donde el conocimiento científico puede adquirir «verdadero certificado de nacimiento». Para esto debemos dejar de lado las «receptas rígidas y homogeneizantes» que nos plantean los «objetivistas», con sus presupuestos teóricos de ideal ascético.

Pero hay que tener claro que nuestro ideal científico se conecta con nuestro deseo de saber, y esto implica explicitar lo obvio: **la «presencia del sujeto»** que investiga con sus deseos e intenciones.

Cuando un científico sostiene una idea, es porque esa idea queda configurada, en su origen, al intervenir no solo las categorías que organizan su

conocimiento, sino también sus deseos personales. Dentro de esta doble articulación, juega igualmente un papel ineludible, la identificación de la idea «dentro» del universo de significación, propio del grupo social y cultural al que pertenece el científico. Así, la «arqueología del saber individual», refleja otra doble articulación, pero de nivel superior: dos conjuntos de rasgos, los propios y los de su grupo.

INTER / TRANS / MULTIDISCIPLINARIEDAD:

La multidisciplinariedad hace referencia a las distintas disciplinas, a la división de los campos científicos, al desarrollo y necesidades de las ramas del saber, a lo más específico y propio del desarrollo científico-técnico y a la profundización de los conocimientos.

Para abordar cualquier campo determinado de la realidad, caben múltiples disciplinas que confluyen en su resolución. La multidisciplinariedad da cuenta de las disciplinas, ciencias o ramas del conocimiento, que tienen que ver y dan razón del saber sobre lo concreto de un problema.

En el caso de la psiquiatría, planteo la necesidad de la construcción de puentes y convergencias inter / trans / multidisciplinarias, para su necesaria integración epistemológica a través de los distintos saberes, tanto de las ciencias naturales como de las ciencias humanas. Tal planteo, como se comprenderá, es lo suficientemente complejo como para entenderlo solo en términos de un «único método concreto y eficaz» (coordenadas del positivismo), sino que puede haber varios métodos en juego, que dependerán en última instancia, del rigor y de la imaginación de los investigadores (dos requisitos básicos del operar científico).

La interdisciplinariedad, hace referencia al método, al modelo de trabajo y a la aplicación de los conocimientos y de la técnica; es decir al modo de desarrollar un conocimiento o conjunto de conocimientos y disciplinas. Si la multidisciplinariedad se refiere a las disciplinas y ramas del conocimiento, la interdisciplinariedad se refiere al modelo de aplicación, es decir al método de cómo estas disciplinas se aplican o realizan.

La interdisciplinariedad no es una yuxtaposición, ni una suma de saberes en cadena, ni un conglomerado de situaciones grupales. La interdisciplinariedad es una puesta en común, una forma de conocimiento aplicado que se produce en la intersección de los saberes. Es, por lo

tanto, una forma de entender y abordar un fenómeno o una problemática determinada.

No se trata de defender la necesidad de un saber interdisciplinar concebido como acumulación, de los distintos saberes especializados; es en el punto de intersección de cada saber con los demás, donde reside la matriz de cada uno de esos caminos; alcanzar tal punto constituye el objetivo que la razón persigue a través de los objetivos parciales de cada una de las disciplinas.

Este modelo de trabajo, supone una apertura recíproca, una comunicación entre los distintos campos del saber, sin totalitarismos o imposiciones, ni tampoco reduccionismos o sectarismos que constriñan la propia complejidad de todo campo científico.

Una aplicación práctica de lo que la interdisciplinariedad supone, en el avance del conocimiento, lo tenemos en nuestro propio campo médico, donde por ej. la investigación punta y los descubrimientos clínicos más importantes en U.S.A., se desarrollan por equipos de investigación interdisciplinarios, donde un porcentaje elevado de los investigadores no son médicos (biólogos, ingenieros, matemáticos, físicos, etc.).

Tomando otro ejemplo de interdisciplinariedad en un campo de conocimiento moderno, estaría en el de la biología molecular, como encrucijada de disciplinas en las que se dan cita los campos del saber de la biología y de la química; pero también de la geometría, lingüística, teoría de los códigos, etc.

Al referirse a la interdisciplinariedad en general, hay una utilización ambigua y polisémica del término, en el sentido de confundirla con el trabajo conjunto de diferentes profesionales sobre un mismo problema; o bien con el hecho de que un especialista o servicio tenga colaboradores o forme un equipo polivalente que se nutre de otras disciplinas. La interdisciplinariedad no supone la suma y aglomerado de conocimientos, aunque esta sea la versión errónea más extendida.

Fundamentos de la interdisciplinariedad:

La interdisciplinariedad, es actualmente uno de los problemas teóricos y prácticos más esenciales para el progreso de la ciencia. El concepto de unidad interna de las diversas ramas del saber, y el de sus relaciones recíprocas, ocupan un lugar cada vez mayor en el análisis filosófico,

metodológico y sociológico, así como en el análisis científico concreto del progreso científico en el mundo actual.

La interdisciplinariedad en el campo de la ciencia, consiste en una cierta razón de unidad de acciones y relaciones recíprocas, de interpenetraciones entre las llamadas disciplinas científicas.

Los fundamentos que dan cuenta de la interdisciplinariedad son:

- 1) **Fundamentos ontológicos**, derivados del propio desarrollo específico y de la necesidad de determinar las formas objetivas de la unidad del mundo. Una necesidad de estudiar la unidad ontológica específicamente interdisciplinar de la ciencia, y de las relaciones interdisciplinarias de los diferentes campos de la realidad. Estos fundamentos ontológicos interdisciplinares, no se limitan a las leyes del funcionamiento de la realidad de la naturaleza, sino que abarcan la realidad social y la relación que une sociedad y naturaleza. De aquí la necesidad de desarrollar las interacciones entre las ciencias naturales y humanas en el trabajo interdisciplinario.
- 2) **Fundamentos sociales**, que vienen determinados por: a) integración creciente de la vida social, lo que supone una ligazón cada vez mayor entre los procesos de la producción, de la economía, de la política, de la cultura y de la técnica, b) socialización de la naturaleza, propia a la amplitud creciente de la actividad transformadora de la naturaleza por el hombre, de tal manera que las formas sociales de funcionamiento y desarrollo penetran cada vez más en la naturaleza, dando lugar a una socialización acelerada de ésta, borrándose la diferencia entre «ciencias de la naturaleza» y «ciencias del hombre», c) internacionalización de la vida social, debida a la cooperación y globalización de los avances científicos, y a los intercambios que ahora son a nivel planetario, dejando atrás los templos cerrados endogámicos y dando paso a los intercambios de conocimientos y a la internacionalización de la ciencia.
- 3) **Fundamentos epistemológicos**, que toman su sentido de: a) la unidad epistemológica de los campos de estudio de las disciplinas. El hecho de que hoy en día, el campo de estudio de las distintas ciencias se haga cada vez más abstracto, constituye uno de los fundamentos epistemológicos para el reforzamiento de la interdisciplinariedad. Esta abstracción de las estructuras de los campos disciplinarios, permite establecer las diferencias y afinidades de las estructuras, pudiendo hacer posible la aplicación de

los conocimientos y desarrollos de unas ciencias a otras. El modelo abstracto que le es propio a cada campo, permite rasgos cada vez más comunes de sus estructuras «blandas», b) independencia relativa del método en la estructura epistemológica de las disciplinas, e intercambios posibles de los métodos de las disciplinas de unas a otras, gracias a la correspondencia de los métodos que se conjugan con la independencia propia de su campo específico. Esta relación es uno de los fundamentos de la interdisciplinariedad, c) unidad creciente del funcionamiento epistemológico de las ciencias: dado que en el estudio actual del desarrollo científico, las disciplinas adquieren una similitud cada vez mayor de funcionamiento, en tanto utilizan procedimientos metodológicos e instrumentos similares para aplicar en sus campos específicos. Se ve como diferentes ramas científicas, utilizan procedimientos metodológicos e hipótesis teóricas, verificaciones, etc. que, siendo patrimonio de alguna de ellas, hoy se trasladan y utilizan indistintamente en unos y otros campos.

Hoy, en relación con la epistemología, el debate científico se desarrolla con los conceptos de inter / trans / multidisciplinariedad, lo que constituye un tema clave de la filosofía de la ciencia.

Trabajo interdisciplinario:

Resumiré en los siguientes puntos lo que supone el trabajo interdisciplinario:

- a) Es un producto derivado del desarrollo científico-técnico y social.
- b) No es la suma de saberes a la cadena, ni la yuxtaposición o conglomerado de actuaciones, sino la interacción e intersección de los conocimientos en la producción de un nuevo saber.
- c) Para realizar una labor interdisciplinaria, no se precisa estar en un mismo equipo, ni depender de la misma administración. Consiste en confluir y trabajar o aunar las intervenciones de los distintos profesionales o campos del saber sobre el caso concreto, la situación concreta y sobre la realidad que lo precise, sea esta individual, familiar, institucional, social, etc.
- d) Supone tanto articularse como interactuar sobre una problemática concreta y determinada, en un intercambio de disciplinas con aper-



- tura al saber y al campo de conocimiento y de aplicación de cada ciencia, sin totalitarismos, reduccionismos o imposiciones.
- e) Tener claros los límites del saber de cada uno y respetar los campos de conocimiento de los demás. Forma indispensable, primero, de conocer lo propio a uno mismo, que viene dado por mi límite, precisando no solo por lo que sé sino por lo que ignoro; segundo, forma elemental de respeto, aceptación, apertura al saber, a la cooperación y coordinación con los demás conocimientos que confluyen e intervienen en el caso.
 - f) Delimitación de las tareas y coordinación de intervenciones, que permitan la continuidad de cuidados y los intercambios de intervenciones.
 - g) No caer en la «fagocitosis» de servicios, de funciones ni de personal; pero tampoco en deserciones, vacíos o perversión de funciones. No tener esto en cuenta, conlleva interferencias, repeticiones o desviaciones a la «deriva», sin asumir la atención global; o bien escotomizando, o bien hipertrofiando actuaciones y servicios.

Aplicación en el campo de la psiquiatría:

Una concepción inter / trans / multidisciplinaria en el campo de la psiquiatría, va a suponer una reflexión y una reformulación no solo de algunos principios y aplicaciones clínicas, sino que también, y además, supone una revisión del tipo de planificación de recursos, dispositivos y medios, así como en la forma de actuar y trabajar asistencialmente y en la investigación científica.

Presupone redefinir, los modelos «fagocitarios» de las instituciones o servicios que disponen de macroequipos, que intentan reproducir la sociedad y los lugares de vida del paciente, bajo un modelo total, paternalista, artificial, supuestamente global y sustitutivo de su medio natural (por ej. los hospitales psiquiátricos).

Un modelo interdisciplinar presupone un marco de actuación comunitaria y territorializada, donde los recursos y dispositivos de atención a todo paciente; tanto sanitarios, como no sanitarios, estén desarrollados en un territorio o área. Dichos recursos y servicios, articularán su trabajo en equipo y coordinados (para lo cual no tienen por qué pertenecer los profesionales a la misma administración o servicio); confluyendo sus intervenciones en un intercambio horizontal de sus saberes, sin imposi-

ción de una disciplina por otra, aplicando sus conocimientos sobre la realidad, el caso o problemática concreta.

Este modelo va dando paso a una visión inter / trans / multidisciplinar, que permita superar la tentación de una ciencia o disciplina reina o arquetípica (la psiquiatría en nuestro caso), y se pase a un modelo de trabajo donde los distintos servicios y disciplinas planifiquen sus recursos, necesidades y medios propios, y se articulen interdisciplinariamente.

Una visión bio-psico-social integradora y un trabajo en equipo, no lo determina el hecho de formar parte de un mismo servicio. La integración y visión global de la salud y de la enfermedad viene dado por el hecho de ser conscientes de la existencia y necesidad de la articulación e interacción de los distintos factores biológicos, psicológicos y sociales al enfocar nuestro trabajo.

A PROPÓSITO DE HENRI EY:

Henri Ey (1900-1977) a través de su modelo teórico, **el órgano-dinamismo**, constituye uno de los intentos más serios y fructíferos que se han llevado a cabo en psiquiatría para romper con la clásica dicotomía cuerpo-alma (o soma-psyque); representa, en mi opinión, la integración epistemológica de la psiquiatría.

La obra de Henri Ey es de una magnitud y una importancia excepcionales: sus escritos, su docencia oral, su labor hospitalaria, su lucha constante por mejorar radicalmente las condiciones de asistencia del enfermo mental, su fervor y entusiasmo organizativo de congresos, coloquios, seminarios, publicaciones periódicas, revistas y sociedades científicas, su actividad militante al frente del Sindicato de Médicos de Hospitales Psiquiátricos; lo consagran como el más brillante psiquiatra francés del siglo XX y uno de los maestros clásicos y definitivos de la psiquiatría mundial de todos los tiempos.

Quiero destacar lo que considero como la quintaesencia de su pensamiento y su creación más original y valiosa: **el modelo órgano-dinámico de la psiquiatría**. Si como nos dice la tercera ley de la dialéctica, el progreso de la historia y de la ciencia, obedece a la oposición y coexistencia de los contrarios; consideramos a la psiquiatría organicista y mecanicista cuyo paradigma es Clérambault como la tesis, y a la psiquiatría dinámica psicoanalítica cuyo genio es Freud, como la antítesis: la

síntesis superadora de ese «processus» dialéctico, como nos enseñó Hegel, (tesis-antítesis-síntesis) es necesariamente el modelo órgano-dinámico de Henri Ey. Y en esa también dialéctica del «explicar y el comprender», el fenómeno de la naturaleza de la enfermedad mental; la forma de la enfermedad mental, solo se puede «explicar» por la desorganización del sustrato material de la actividad mental (el cerebro), pero el contenido de la enfermedad mental, la semántica, el sentido, y la significación de la enfermedad mental, solo se puede «comprender» por la liberación de los fantasmas del inconsciente, como lo demostró definitivamente el psicoanálisis. Henri Ey trabajó su concepción jacksoniana, neojacksoniana, metajacksoniana y órgano-dinámica a lo largo de casi 40 años.

El interés práctico de la teoría de Henri Ey es la de ser suficientemente abierta y globalizante, para que todas las otras teorías y prácticas de la psiquiatría puedan ocupar un lugar conservando su originalidad, el mérito de sus adquisiciones propias y de sus praxis. Pienso en particular al psicoanálisis, del cual Ey decía que ninguna psiquiatría era concebible sin integrarlo.

El fruto final de ese esfuerzo ciclópeo es su libro de 1973 «Des idées de Jackson a un modele organo-dynamique en Psychiatrie» (que incluye la histórica monografía de 1938). En el capítulo V del mismo propone una revisión de los conceptos fundamentales de la psiquiatría, que me siento obligado a transcribir textualmente porque, creo, no ha tenido en el ámbito psiquiátrico argentino la difusión necesaria para la comprensión integral del pensamiento esencial y más auténtico de Henri Ey:

Dice el maestro: «Es necesario que una revisión seria de los conceptos fundamentales de la psiquiatría la comprometa resueltamente:

- 1- En un análisis existencial que trate de alcanzar el sentido y la esencia de las psicosis y las neurosis (y de las enfermedades mentales en general).
- 2- En una interpretación constante de la actividad simbólica que representa esta forma patológica de existencia. Ninguna psiquiatría es posible si no se integra al psicoanálisis.
- 3- En una búsqueda multidimensional de los factores patogénicos.
- 4- En el establecimiento de una nosografía de los niveles de desestructuración del campo de la conciencia y de la desorganiza-

- ción de la personalidad, que recuse a la vez las «entidades» de tipo kraepeliniano y el antinosografismo excesivo de algunos clínicos.
- 5- En una perspectiva terapéutica que excluya toda elección o rechazo sistemático de un método exclusivamente psicológico o biológico».

Ey fue un humanista experimentado, pasó toda su vida retomando los lazos interrumpidos, re-unificando lo que otros habían separado, tratando de reencontrar al hombre; origen y fin último de todas las cosas.

Ey desafió todos los procesos de intención. Era un pensador de la complejidad, de la contradicción, de las organizaciones, del devenir, un dialéctico demoleedor de dogmas reductores; es decir un arquitecto de la vida y de la ciencia.

La gran lección de Ey es que el objeto de la psiquiatría no es el cerebro, la neurona, el espacio sináptico, la molécula, la consciencia, el inconsciente o el socius; sino el Hombre. La enfermedad mental no es solo pérdida de habilidades, de facultades o de funciones, de capacidades operatorias, de salario o de empleo: es una profunda deshumanización y desestructuración en su-estar-en-el-mundo como sujeto humano.

«Ejercer la psiquiatría y por lo tanto ser psiquiatra, es adoptar ese punto de vista que permite captar la unidad de la diversidad» escribe Ey en el prefacio a los «Premiers Entretiens Psychiatriques» en 1952.

Se debe pensar a Ey y releerlo cada vez que la psiquiatría se vea amenazada de aplastamiento por simplificaciones, perversiones o reducciones ultrajantes del tenor que sean y provengan de donde provengan.

Pero más allá de todos estos hechos, lo que se debe retener de la lección de Ey es: «Que existen trabajos que hay que prolongar, ideas que retomar, desarrollos a continuar y, sobre un plano más general, que existe siempre un combate a llevar por la psiquiatría, siempre algo a defender, aún cuando no sea la misma cosa o el mismo contexto. Que nunca nada está definitivamente adquirido en lo que respecta a la libertad y a la dignidad del enfermo mental y de su psiquiatra. El combate por el hombre nunca termina».

En la dignidad de su vida, y la visionaria hondura de su obra, lección perenne del más auténtico espíritu hipocrático (la medicina es ciencia y conciencia); en la apasionada y lúcida lucha de toda su existencia en defensa de una concepción de la psiquiatría como ciencia médica; integral en su visión del hombre enfermo, como integral es el verdadero modelo médico bio-psico-social por naturaleza y por esencia; y funda-

mentalmente a través de su lucha ética, por la misión primera de toda medicina nacida de la fraternidad humana (curar a veces, aliviar a menudo y consolar siempre), es que rescato su ejemplo de hombre universal de su tierra y de su tiempo.

ACERCA DE UNA EPISTEMOLOGÍA DE LAS PSICOTERAPIAS

La palabra es el principal vehículo con el que se cuenta en las psicoterapias, y al que menos importancia se le concede en la asistencia médica, por desconocimiento del valor de la misma, así como, por una excesiva valoración de los efectos farmacológicos que repercuten más allá del deseo de quien confiadamente los consume.

En la intervención psicoterapéutica cabe una **óptica multidisciplinar**, demandada por la propia variedad de los problemas que se presentan en la clínica, y debido a que ninguna psicoterapia se halla en posición epistemológica y empírica de reivindicar la solución a todos los problemas planteados. Asimismo, la plasticidad de la personalidad del sujeto humano, puede responder satisfactoriamente a diversos tipos de atención clínica, en la medida en que en todas ellas se desenvuelven procesos comunicacionales, con determinados grados de empatía profesional, que podrán ser vivenciadas en forma transferencialmente positiva.

La profesionalidad se revela en la medida en que el terapeuta sepa adecuar la intervención apropiada, al problema, caso y situación, sin posiciones dogmáticas y exclusivismos de escuela. Y en ocasiones deberá saber delegar los casos que puedan responder mejor a los planteamientos terapéuticos de otros profesionales.



El peligro de los reduccionismos está siempre presente, en la medida que se pretenda explicar una realidad compleja a través de uno de sus componentes, sin considerar a los demás.

Los profesionales de la salud mental que no toman en consideración los **componentes psicológicos y sociales** por el hecho de considerar suficiente su formación orgánica, están respondiendo con una **posición reduccionista**. Lógicamente, no basta con conocimientos bio-médicos para entender las leyes de la alteración de la salud, del comportamiento, de la motivación humana y sus concausas y de sus constelaciones conscientes e inconscientes.

La comprensión y la explicación de la complejidad humana requiere una **perspectiva integradora**, que obliga al profesional de la salud mental, a conocer las posibilidades y limitaciones de su formación y práctica clínica, a configurarse como un profesional crítico, investigador y receptivo a los aportes realizados por las investigaciones de otros modelos.

En el proceso de la relación terapéutica con sus pacientes, los psicoterapeutas se ven obligados a seleccionar diversas alternativas de intervención, con la finalidad de alcanzar sus propósitos y propiciar la cura.

Es indudable que las alternativas entre las cuales el psicoterapeuta se mueve, dependen en gran medida del marco teórico al cual se adscribe; sin embargo a pesar de la pertenencia a determinada escuela, la riqueza de las situaciones y problemáticas que se presentan en la práctica, hace casi imposible que un solo enfoque cubra el total de las demandas existentes, y que por lo cual cada terapeuta, en función de estas problemáticas y de su propia experiencia, vaya configurando su propio enfoque.

La flexibilidad del psicoterapeuta para seleccionar aquellos métodos que mejor convengan a la situación de sus pacientes, me parece algo indispensable en el ejercicio de la psicoterapia.

Considero que, necesariamente, por la complejidad de la práctica psicoterapéutica; dada esta complejidad en primer lugar por la diversidad de trastornos que un psicoterapeuta ha de enfrentar, aún cuando se especialice en una población determinada: niños, adolescentes o adultos, y sin considerar otros aspectos tales como: sexo, edad, nivel educativo, factores socio-culturales, etc. que complejizan aún más la situación; se ve, por tanto, obligado a integrar en su práctica, diversidad de métodos y construir por lo tanto, un enfoque particular.

La defensa de un **enfoque integrativo**, está dada en primer lugar, por las consideraciones prácticas que ya he señalado, y también por algunas

consideraciones teóricas que no dejan de tener sus implicancias prácticas; a partir de la consideración de la personalidad como una unidad, sostengo que cualquier problema o trastorno psíquico se expresa en diversos niveles de funcionamiento del sujeto.

El psicoterapeuta, al encontrarse con el paciente, lo hace con una concepción teórica previa del sujeto, de la personalidad, de los trastornos de la misma y de las intervenciones que estima, resultan reestructuradoras o terapéuticas. En estas concepciones previas están implícitas las «unidades» que serán objeto de referencia. Así algunos terapeutas definen como unidad de referencia a las conductas, y entonces se nombran «conductistas», otros definen al inconsciente como su unidad de referencia y entonces se nombran «psicoanalistas»; para otros la unidad de referencia puede ser la cognición, y entonces se nombran «cognitivistas»; y así podemos seguir señalando algunos otros ejemplos sobre el particular.

Todos estos enfoques adolecen, a mi criterio, en que no tienen en consideración el **carácter holístico del sujeto y su funcionamiento sistémico**; y por lo tanto privilegian de manera absoluta los hechos que ocurren a un determinado nivel, descartando en muchos casos lo que sucede en otros.

Pienso que un problema es mejor comprendido y tratado, si se toman en consideración sus distintas facetas y modos de expresión. Las implicancias prácticas de lo dicho precedentemente resultan claras: el tratamiento será más efectivo mientras más áreas o elementos del trastorno o problema en cuestión, sean tenidos en cuenta.

La verdadera psicoterapia, se desarrolla a partir de profundas reflexiones sobre el hombre y sus condiciones de existencia; y de la naturaleza, contenido y alcance de las actitudes, acciones y tareas del psicoterapeuta.

Se ha definido a la psicoterapia como: «el conjunto de conocimientos, métodos e intervenciones empleadas en el tratamiento de los distintos trastornos psíquicos». Por lo tanto, la psicoterapia, tiene un sentido liberador y reestructurador, ya que está dirigida a ejercer una influencia transformadora y facilitadora que permita al sujeto sometido a la misma, a efectuar una modificación de sus patrones cognitivos, emocionales, afectivos y de sus comportamientos; que lo lleven a una nueva forma de estructurar y organizar sus experiencias, y a los modos en los cuales se vincula con la realidad, o sea, a reestructurar los aspectos anómalos de su personalidad y a evitar el sufrimiento.

Se trata, con la psicoterapia, de propiciar en el sujeto, la creación de una nueva configuración psicológica como resultado del sistema psicoterapéutico en el que él mismo se verá inmerso, pero tomando en consideración que el cambio solo será posible en tanto ese mismo sujeto se comprometa, como sujeto activo, en la creación de sus nuevas circunstancias; y el psicoterapeuta no repita, en su relación con ese sujeto, los errores cometidos, en su momento, por los agentes de socialización.

La personalidad, es un producto emergente de los vínculos y relaciones que el sujeto establece con diferentes agentes de socialización. Freud fue uno de los primeros en llamar la atención, de cómo la estructura del aparato psíquico se formaba en los procesos relacionales de los vínculos establecidos por el sujeto. Se parte del reconocimiento de que el hombre es un ser social, y que su condición como ser humano, socializado, solamente se obtiene a través del otro, es decir a través de la relación con el otro.

La acción que sobre el sujeto ejercen los distintos agentes socializadores: los padres, la familia, la escuela, el contexto social en general; va en buena medida a determinar la forma en la cual cada sujeto estructura y organiza su experiencia, es decir los modos mediante los cuales se relaciona con la realidad. Las demandas excesivas o inadecuadas de los agentes socializadores, pueden crear diversos trastornos en la configuración de la subjetividad de ese individuo; y de cómo ese individuo por tratar de obtener la aprobación del otro, deja de reconocer y valorar su propia experiencia; como resultado de esto nos encontramos con un sujeto disociado, fragmentado en su pensar, su sentir y su actuar.

Muchos sujetos viven sus vidas evitando reconocer el papel protagónico que les corresponde, y aparecen como sujetos incapaces de tomar decisiones y de asumir la responsabilidad por sus vidas; y culpan después al destino, a la suerte o a los demás por las consecuencias que su falta de responsabilidad les acarrea. Lo anterior es en parte, también una consecuencia del «guión» que para éstos sujetos fuera escrito por personas significativas para los mismos.

Se puede encontrar, también, a sujetos inhibidos, temerosos, cuya falta o déficit de asertividad es debida a las maniobras manipulativas que sobre los mismos se ejercieron, en edades tempranas, por personas significativas, provocándoles sentimientos de culpa, ansiedad o temor; y que se generalizaron luego en el sujeto adulto, en forma de inhibiciones, que impiden la auténtica y libre expresión del ser de esos sujetos.

Si como se puede apreciar, en gran medida, estas formas de estructurar y organizar la subjetividad, y de interactuar con el mundo, son una consecuencia del tipo de relación y vínculo que se ha mantenido con los otros significativos; entonces se puede aceptar la idea de que el establecimiento de otros tipos de vínculos y relaciones con otras personas que lleguen a ser significativas, (léase psicoterapeuta), pueden contribuir y facilitar que el sujeto logre reestructurar y modificar su subjetividad, que logre la integración de su pensar, su sentir y su actuar, gracias a esta nueva experiencia de relación, (la relación psicoterapéutica), que constituye una experiencia emocional correctiva.

Esto significa que la esencia del trabajo psicoterapéutico, consiste en ayudar al sujeto a corregir los efectos negativos de determinados tipos de relaciones y vínculos, establecidos por los distintos agentes de socialización que resultaron significativos en su vida; a partir de brindarle la posibilidad de experimentar y establecer un nuevo tipo de vínculo y de relación que llamaré reestructuradora o terapéutica.

Lo tratado hasta aquí, nos lleva a los tres problemas fundamentales que ha de enfrentar y resolver todo psicoterapeuta en el cumplimiento de su tarea: 1- el qué, es decir el rol de la psicoterapia, 2- el para qué, o sea la finalidad de la psicoterapia y, 3- el cómo, que focaliza el problema del método.

Primer problema: El qué.

El trabajo del psicoterapeuta, se vincula con la de todos aquellos pensadores, filósofos, educadores, etc., que soñaron y sueñan con un hombre viviendo en un mundo más humanizado, más justo y más solidario. El terapeuta, poniendo al hombre en el centro de su atención, no puede ser ajeno a las relaciones de éste con la cultura, con la sociedad. La relación hombre-sociedad forma parte indivisible de aquello que constituye el trabajo terapéutico; así la misión del psicoterapeuta se puede definir en relación con el cumplimiento de tres roles principales: a) crítico social, b) analista existencial y c) agente reestructurador (facilitador del cambio).

A) El terapeuta es un crítico social, en tanto que su labor comienza justo ahí donde el papel de la sociedad y de la educación han fallado, en cuanto a sus objetivos, en la formación del sujeto. El terapeuta, con su labor, pone de manifiesto y somete a crítica las dis-

tintas filosofías, estrategias y pautas socializadoras que han estado presentes en la configuración de la personalidad de los sujetos. La psicoterapia tiene que ver con los impactos de la cultura y de la educación sobre los hombres, por lo que su práctica implica, necesariamente, partir de una concepción del hombre (aspecto antropológico de la psicoterapia), y de su funcionamiento en el contexto de una cultura y sociedad determinada. Mi posición sobre el particular, la defino mediante la adscripción al punto de vista histórico-cultural, que plantea el desarrollo del ser humano, como un proceso mediatizado por la cultura.

B) El terapeuta es un analista existencial, ya que el acto terapéutico implica entre otras cosas, el que un sujeto (paciente) somete al análisis de otro sujeto (el terapeuta), a su propia existencia (o un aspecto de ésta que le resulta problemática); es decir su estilo de vida, las bases e influencias sobre las cuales esta forma de vivir (y que resulta dolorosa para el sujeto) se ha estructurado, las creencias y valores sobre los que se sostiene, las metas alrededor de las cuales se mueve su existencia, las estrategias que emplea para lograr sus objetivos, satisfacer sus necesidades, etc.

El terapeuta se implica en este análisis existencial no como un juez, sacerdote o padre; sino como un facilitador del cambio, cuya misión es poner en claro la actitud existencial del sujeto y despejar el camino para que éste se convierta en responsable de su propia existencia y pueda generar nuevas opciones existenciales.

La propia filosofía existencial y el estilo de vida del psicoterapeuta, son sometidos a prueba (y también a análisis) y de ninguna manera quedan al margen de este proceso. El problema de la existencia es un aspecto central del trabajo terapéutico, ya que constituye el principal foco de interés de todo sujeto.

C) El terapeuta es un agente reestructurador (facilitador del cambio). Esta es tal vez la función más enfatizada de la labor terapéutica. La esencia del trabajo del psicoterapeuta no queda en la observación, análisis y comprensión de lo que acontece, de lo que anda mal en su paciente; sino en promover y facilitar un cambio. Durante el proceso terapéutico, los aspectos anómalos de la personalidad son abordados y se trabaja en su reestructuración.



Segundo problema: El para qué.

Existe una relación mutua entre los ideales y valores que se sustentan sobre el hombre y su desenvolvimiento en el plano social y cultural, y los ideales u objetivos que se plantean para la psicoterapia.

Haciendo abstracción de los distintos objetivos e ideales terapéuticos planteados, o los distintos enfoques, se puede señalar que la psicoterapia está llamada a poner sus mejores empeños en facilitar, propiciar el desarrollo (obstaculizado o detenido) de las fuerzas creativas del ser humano.

Concretando lo anterior, se puede decir que el para qué de la psicoterapia estaría en la liberación del sujeto de los impactos negativos, que sobre su subjetividad han dejado las políticas y prácticas socializadoras inadecuadas, que le provocan malestar personal, obstaculizan su funcionamiento social y le impiden canalizar de manera efectiva y constructiva la satisfacción de sus necesidades.

Tercer problema: El cómo.

El problema del cómo se vincula estrechamente con los dos problemas anteriores y forman en conjunto una unidad. La psicoterapia en tanto que praxis, se lleva a cabo en una relación (terapeuta-paciente) y bajo determinada estructura, requiere del uso de determinadas técnicas y estrategias, es decir de un método para su ejecución. Sin embargo se debe llamar la atención sobre el hecho de que la técnica, no se aplica en este caso sobre la materia inanimada, y que el sujeto-objeto de la misma es un ser humano, lo que implica consideraciones de tipo axiológicas y éticas particulares; además de tomar muy en consideración las particularidades de cada sujeto y su carácter como ser activo.

Más que un método «inflexible pero seguro», el terapeuta necesita desarrollar su capacidad de reflexión sobre el método, solo así podrá llegar a una apreciación justa y equilibrada sobre el alcance y la efectividad de las posibles estrategias terapéuticas a aplicar.

La técnica que no ha sido objeto de la reflexión y elaboración personal del terapeuta, por lo general tiene pobres alcances terapéuticos, y en poco contribuye a la necesaria conciencia terapéutica, eje central de cualquier intervención reestructuradora.

Siendo el objetivo principal de la psicoterapia la solución del problema del paciente, y esta última el criterio principal de efectividad; la función del terapeuta estaría en la correcta formulación del problema y en adoptar las estrategias más adecuadas de solución. Si una psicoterapia exitosa es aquella que resuelve los problemas de un paciente, entonces el terapeuta debe saber como formular un problema y como resolverlo. Además, si ha de resolver una variedad de problemas, no debe adoptar un enfoque rígido y estereotipado con respecto a la terapia. Por eficaz que resulte para ciertos problemas, ningún método terapéutico estandarizado puede manejar exitosamente la compleja gama de cuestiones que suelen plantearse a un terapeuta. Se necesita flexibilidad y espontaneidad, aunque todo terapeuta debe aprender de su propia experiencia y repetir aquellos métodos que le hayan dado buen resultado. Las probabilidades de éxito aumentan si se combinan los procedimientos ya conocidos con técnicas innovadoras.

Siguiendo en esta dirección, Lazarus propone una orientación multimodal, en la que se enfatiza la flexibilidad y la versatilidad del terapeuta en cuanto a la selección de aquellas estrategias que más se adapten a las características personales del paciente, a sus necesidades y a las condiciones particulares en las que éste se encuentra; evitando de esta manera imponerle un tratamiento preestablecido que no tenga en consideración las cuestiones planteadas.

Lazarus reafirma su posición como un eclecticismo técnico, y su llamada «**terapia multimodal**» la concibe como un enfoque terapéutico sistemático y comprensivo que toma en consideración las principales áreas del funcionamiento del sujeto; las cuales quedan identificadas en siete modalidades que se corresponden con la sigla: BASIC-ID, cuyas letras indican cada una:

B= Behavior (conducta)

A= Affect (afecto)

S= Sensation (sensación)

I= Imagery (imágenes)

C= Cognition (cognición)

I= Interpersonal Relations (relaciones interpersonales)

D= Drugs (drogas)

La terapia multimodal propuesta por Lazarus, parte de una evaluación minuciosa de cada una de las modalidades del BASIC-ID, de manera tal que se garantice que cada aspecto del funcionamiento del sujeto reciba una atención explícita y sistemática.

Dicho autor refiere al respecto: «El eclecticismo técnico no significa una mezcla casual de técnicas surgidas de la nada. Es un enfoque que pide a los terapeutas que experimenten con métodos empíricamente útiles, en lugar de usar las teorías como afirmaciones a priori de lo que va a tener éxito en la terapia».

El eclecticismo visto en este sentido, pasa a ser entonces una posición teórica, sistemática e integrativa; y cuyo empleo en la práctica clínica pasa por el reconocimiento de que ninguna de las orientaciones psicoterapéuticas teóricas y técnicas desarrolladas hasta el presente, por sí mismas, son suficientes para enfrentar cabalmente la complejidad de la labor terapéutica, en sus disímiles contextos y culturas.

La integración como alternativa:

La proliferación de enfoques en la psicoterapia, nos puede llevar a pensar que se puede y se debe construir un sistema integrado de la misma. Un sistema integrado supone, pues, un marco teórico que contemple una nueva visión del hombre; lo cual a su vez genera nuevos paradigmas del sujeto y de la psicoterapia como campo disciplinar. Si la visión que tenemos del hombre es atomista, esto nos lleva a posiciones extremas y opuestas que dificultan todo intento integrativo. Si, por el contrario, la visión del ser humano es holística, nos ofrece mayores posibilidades para considerar los distintos niveles de funcionamiento del hombre, para trabajar en la integración de varios enfoques, que nos permitan una mayor comprensión de lo multidimensional de la complejidad humana; es decir, de lo cognitivo, lo afectivo, lo conductual, lo interactivo, lo consciente, lo inconsciente, etc.

En psicoterapia, como en cualquier campo del conocimiento y de la praxis humana, resulta imposible abarcar a partir de una sola teoría o marco conceptual, la totalidad de un fenómeno en toda su complejidad.

Munné, refiriéndose a lo que él denomina la inabarcabilidad del objeto en su totalidad a partir de un solo marco teórico, fija su posición al respecto: «La deducción a sacar es clara: no podemos explicarlo todo

desde un marco único o desde una sola teoría. Dado un marco o teoría, no es posible desde él y sólo con él, describir, explicar ni predecir del todo ni todos los aspectos de la realidad y sus fenómenos, sino únicamente aquellos que son coherentes con la fundamentación epistemológica del marco o teoría en cuestión».

La dialéctica del conocimiento nos dice que en el estudio de un fenómeno, la selección del método, depende en particular de las propias características del objeto de estudio en cuestión y no a la inversa. Es decir, que no hay que escoger entre una u otra teoría según sus méritos respectivos, sino que hay que partir de los aspectos relevantes del fenómeno a estudiar, para llegar al conocimiento de los requisitos que debe cumplir la teoría que trate de explicarlo.

La proliferación de diversos marcos teóricos y conceptuales en psicoterapia ha sido a mi criterio, una necesidad histórica condicionada por la necesidad de tratar de abordar la experiencia humana, que se expresa como una realidad multidimensional.

Todo marco teórico enmarca a su vez aquel aspecto de la realidad que le ha sido delimitado, por lo que tomando en consideración lo anterior, estimo que resulta coherente integrar varias teorías para explicar y abordar un fenómeno determinado, si se sigue una lógica conceptual para ello.

En psicoterapia, como en otros campos del conocimiento, ocurre que la investigación sobre determinado fenómeno, en un primer momento, aparece asociada a una teoría que al agotar sus posibilidades para explicar y comprender el fenómeno en cuestión y en toda su plenitud, da paso a otras teorías que, o bien pueden complementar al primero, refutarlo, u ofrecer otras contribuciones presentando nuevas dimensiones de éste.

Cuando todas estas teorías han agotado sus posibilidades, y bien por exigencias de la práctica o del propio proceso de conocimiento se precisa de una visión más integral del problema en cuestión; se vuelve al punto de partida, pero en una dialéctica a un nivel cualitativamente superior, emergiendo un marco conceptual nuevo, producto de la integración de las diferentes perspectivas elaboradas sobre el fenómeno en cuestión, que nos ofrece una visión más completa y abarcadora del mismo, lo que a posteriori dará paso nuevamente al surgimiento de otros nuevos enfoques o marcos conceptuales.

Concluyendo, se puede decir que, la integración en el empleo de diversas estrategias en el ejercicio de la psicoterapia es algo necesario y realizable. Esta integración debe tener como premisa, el dominio de un

marco teórico conceptual previo que incluya una visión de la psicoterapia (su método, sus objetivos, etc.), y una perspectiva del sujeto.

Atendiendo a los objetivos y necesidades concretas de la intervención y de las alternativas que se ofrecen, se ha de optar por aquellas que sean las más convenientes, considerando: la propia ecuación como terapeuta, las características del paciente, la problemática concreta a tratar, los objetivos a lograr; así como el contexto en el cual se lleva a cabo la intervención.

La posibilidad de seleccionar y utilizar de manera combinada y coherente los diversos recursos y estrategias, que el desarrollo de los diversos enfoques en psicoterapia ponen a disposición de los terapeutas, constituye sin dudas una vía para incrementar la eficiencia del trabajo psicoterapéutico.

No queda otra opción que comprometerse en el ejercicio de una práctica, cuya premisa sea la sistemática y rigurosa evaluación de los resultados y efectividad de la orientación adoptada, de lo apropiado de los conceptos y estrategias empleadas; así como de su pertinencia desde una perspectiva profesional, ética y social.

CASOS CLÍNICOS

Se describirán a continuación algunos casos clínicos, como materia prima de la interpretación psicopatológica, que me parecen que pueden ayudar, desde un punto de vista práctico, a explicar, comprender y fundamentar la propuesta de la integración del estatuto epistemológico de la psiquiatría, y por ende de todo lo descripto precedentemente. Tal descripción se hará, basándose en el **método clínico-descriptivo**, y desde una **perspectiva bio-psico-social**; tanto desde el punto de vista **nomotético** como **idiográfico**; ya que, como ya se ha señalado, la psiquiatría es tanto una ciencia natural como una ciencia cultural, y admite por lo tanto, un saber sobre lo general, así como un saber sobre lo particular.

Los criterios diagnósticos que se utilizarán se basan en el **DSM-IV** (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) (31). Este implica un **sistema multiaxial**, es decir una evaluación en varios ejes; cada uno de los cuales corresponde a una área distinta de información, que puede ayudar al psiquiatra a planificar el tratamiento y a predecir sus resultados.

En la clasificación multiaxial del DSM-IV se incluyen cinco ejes:

Eje I: Trastornos clínicos.

Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.



Eje II: Trastornos de la personalidad. Retraso mental.

Eje III: Enfermedades médicas.

Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales.

Eje V: Evaluación de la actividad global (donde se evalúa el nivel general de actividad del sujeto, que se efectúa con una escala de evaluación de la actividad global llamada EEAG que se puntúa de 1 a 100, en un hipotético continuum de salud-enfermedad, donde 100 resulta de un sujeto sin síntomas para ir descendiendo de acuerdo a la gravedad del trastorno psíquico).

El uso del **sistema multiaxial** facilita una evaluación completa y sistemática de los distintos trastornos mentales y enfermedades médicas, de los problemas psicosociales y ambientales, y del nivel de actividad del sujeto, que podrían pasar desapercibidos si el objetivo de la evaluación se centrara en el simple problema que es objeto de la consulta. Un sistema multiaxial proporciona un formato adecuado para organizar y comunicar información clínica, para captar la complejidad de las situaciones clínicas y para describir la heterogeneidad de los sujetos que presentan el mismo diagnóstico. Además, el sistema multiaxial promueve la aplicación del modelo bio-psico-social en clínica, docencia e investigación (31).

Los criterios de tratamiento se basan en tratar de captar la multidimensionalidad y multicomplejidad del sujeto en dos aspectos fundamentales:

- a) psicoterapéutico (para los planos histórico-biográfico-vivenciales).
- b) psicofarmacológico (para los niveles orgánico-biológicos).

PRIMER CASO CLÍNICO: MATÍAS.

Paciente de 21 años que ingresa a un hospital psiquiátrico y se presenta acompañado por su padre. Durante la entrevista se evidencia un pensamiento de curso disgregado (falta de idea directriz), con ideas delirantes de tipo místicas, autorreferenciales y paranoides con marcada

heteroagresividad. Se fugó de este hospital hace dos meses y reingresa al mismo por vía judicial (con acta de urgencia).

Antecedentes personales: Tiene dos internaciones previas en el mismo hospital hace aproximadamente dos años. Consumo de sustancias tóxicas desde los 12 años, comete delitos (robos) con varias detenciones policiales. Es internado en un instituto de menores y luego derivado a una granja de rehabilitación para recuperarse de sus adicciones.

Por presentar un episodio psicótico se lo traslada a un hospital psiquiátrico de Capital Federal, donde finalmente se fuga. En esa oportunidad se provoca cortes con una hoja de afeitar en ambos pabellones auriculares, para «sacarse la parte mala del cerebro» según las propias expresiones del paciente.

Presenta una historia de consumo de drogas desde los 12 años (pegamento, marihuana y cocaína) junto a abuso de alcohol, con varias internaciones y problemas con la ley.

El paciente dice: «No quiero venir acá, tengo una delirancia porque estaba flaco y me hicieron crecer los huesos de golpe por una maldad. Me tengo que operar de una reencarnación, estoy condenado porque hay gente maldita que me está adulterando el cuerpo. Estuve en una iglesia, me lavaron el cerebro y me programaron para el futuro. Me están robando los huesos, la sangre y un testículo. Saben lo que me pasa y lo están divulgando al mundo entero. Tengo bichos en mi cuerpo, es como si estuviera embarazado, pero esto no es contagioso. Soy como un dios y los bichos son extraterrestres. Todos se inyectan mi sangre para obtener poder. El bicho cuaternario se despierta de noche y me calienta los órganos».

El enfermo se encuentra desaseado y desprolijo, lúcido y desorientado en tiempo y espacio. Actitud psíquica activa, conducta procedente y reticente por momentos. Atención dirigida hacia sus vivencias internas. Se infieren de su relato alucinaciones auditivas. Lenguaje de ritmo rápido, tono alto y cantidad aumentada. Curso del pensamiento: taquipsiquia y disgregación (no sigue idea directriz). Contenido del mismo: ideas delirantes místicas, de daño y perjuicio polimorfos (mal sistematizadas). Juicio crítico desviado. Timia displacentera. Heteroagresividad de palabra y de hecho. Apetito conservado. Sueño discontinuo.

Cuando me entrevisto con la madre a solas, me cuenta que está separada de su marido y que Matías tiene muy mala relación con su padre; ya

que éste no acepta la enfermedad de su hijo y permanentemente lo compara con su otro hijo que trabaja y estudia.

Diagnósticos:

Eje I:

a) Esquizofrenia indiferenciada.

b) Abuso de sustancias (inhalantes, marihuana, cocaína).

Eje II:

Trastorno esquizotípico de la personalidad.

Eje III:

No presenta.

Eje IV:

Conflictos con la ley. Separación de los padres.

Eje V:

Escala de evaluación de la actividad global (EEAG) = 25

Tratamiento: Este debe ser enfocado desde tres perspectivas, a saber: a) el psicofarmacológico, basado en la prescripción de antipsicóticos (Haloperidol 30 mg. diarios, Levomepromazina 75 mg. diarios), b) psicoterapia individual (centrada en principio, en la toma de conciencia de su enfermedad y por consiguiente de su tratamiento), y c) psicoterapia familiar (donde se trabajará con los padres en la toma de conciencia de la patología dual de su hijo, y la psicoeducación, orientada a prevenir o disminuir futuros brotes psicóticos y el consumo de sustancias tóxicas, en un marco de una adecuada contención familiar que deberá trabajarse en cada reunión.

SEGUNDO CASO CLÍNICO: ALBERTO.

Se trata de un paciente de 54 años que es internado en un hospital psiquiátrico por orden judicial, acompañado por personal policial. En el momento de su presentación presenta un síndrome de excitación psicomotriz, debiendo ser ingresado con la colaboración de varios enfermeros y personal policial, siendo medicado con antipsicóticos y contenido mecánicamente a causa de su heteroagresividad.

Su aspecto es desaseado y desaliñado. Actitud psíquica activa, agresiva, irritable, no colabora con la entrevista. Su conducta es impropio-

te. Desorientado en parámetros temporales y parcialmente en espacio (reconoce haber estado internado en el hospital, no pudiendo precisar cuando y en que sector). Presenta una paraprosexia (predominio de la atención espontánea sobre la voluntaria). Se infieren disensosopercepciones de su actitud y su relato, si bien no hace referencia directa a ellas, describiendo «fenómenos telepáticos» que le comunican cosas, como que él «lleva los cuatro tipos de sangre». Lenguaje abundante, de tono alto, taquilalia, vocabulario impropio. Pensamiento de curso taquipsíquico y fuga de ideas. En el contenido del mismo se aprecian ideas delirantes megalománicas, de daño y perjuicio mal sistematizadas, que movilizan su esfera afectiva-volitiva. No presenta conciencia de situación, ni de enfermedad y su juicio crítico está desviado. Timia displacentera congruente con el contenido ideativo. Hiperactividad improductiva. Irritabilidad, agresividad, hiporexia e insomnio. Refiere haber bebido alcohol en la noche de ayer, en cantidad mayor que la habitual.

Antecedentes personales: Presenta dos internaciones previas en el mismo hospital, con diagnóstico de trastorno bipolar (fase maníaca en la primera y fase depresiva en la segunda). Ha presentado dos episodios depresivos mayores, con inhibición psicomotora, ideas de minusvalía personal, de ruina y de suicidio. Tiene dos intentos de suicidio con ingesta masiva de psicofármacos.

Antecedentes familiares: Tiene una hermana con un trastorno bipolar en tratamiento, y la madre fallecida por un suicidio.

Diagnósticos: Se harán sobre la base de los síntomas y signos que presenta el enfermo, junto con sus antecedentes personales y familiares.

Eje I:

Trastorno Bipolar I, episodio más reciente maníaco con síntomas psicóticos.

Eje II:

Trastorno de la personalidad no especificado (trastorno depresivo).

Eje III:

No presenta.

Eje IV:

Conflictos con familiares y vecinos.

Eje V:
(EEAG) = 26.

Tratamiento: Se enfocará desde tres vertientes: a) psicofármacos (sobre la base de antirrecurrenciales como el carbonato de litio, 900 mg. diarios; y antipsicóticos como la clozapina, 300mg. diarios, b) psicoterapia individual (enfocada en la conflictiva personal del paciente, aceptación de su trastorno y de su tratamiento) y c) psicoeducación, para prevenir o disminuir la aparición de nuevos episodios.

TERCER CASO CLÍNICO: DANIEL.

Paciente de 40 años, de oficio albañil, que ingresa a la guardia de un hospital psiquiátrico con orden judicial por el homicidio de su esposa.

Durante la entrevista el paciente se encuentra lúcido, orientado auto y alopsíquicamente y colaborador. Actitud psíquica activa, conducta procedente y atención dirigida al interlocutor. Memoria globalmente conservada. El paciente refiere ser de religión evangelista, con alto contenido de creencia religiosa. No posee crítica de enfermedad aunque refiere estar en tratamiento psiquiátrico hace doce meses, sin poder establecer la causa. Presenta antecedentes de abuso de alcohol. Pensamiento: ideas delirantes de contenido místico, de perjuicio y celotípicas. Escasa repercusión afectiva en su discurso.

Antecedentes personales: Se han presentado episodios previos de violencia familiar (denuncia policial de su esposa por maltrato físico).

Una internación previa en el mismo hospital por abuso de alcohol y violencia familiar.

Dice el paciente: «Tenía frío matrimonial y necesidad de mimos. Ella no quiso mimarme y yo me sentí molesto. Me hizo sentir como si yo estuviera decayendo de nuevo. Sentí que había planes entre mi esposa y su familia para sacarme del medio. Esa noche yo había tomado bastante vino y ella me dijo que se quería separar porque estaba saliendo con otro hombre. En ese momento algo me pasó, me enceguécí y le clavé un cuchillo que había en la mesa.

Esto que ocurrió, es una prueba por la que me hace pasar Dios para que no abandone mi fe. Tengo que pasar esta prueba de crecimiento espi-

ritual. Ahora planeo seguir adelante, tratando de seguir las órdenes médicas y congregándome con los pastores».

En entrevistas posteriores con la madre y la hermana del paciente se evidenció preocupación y contención familiar.

Diagnósticos:

Eje I:

a) Trastorno delirante de tipo místico, persecutorio y celotípico.

b) Abuso de alcohol.

Eje II:

Trastorno esquizotípico de la personalidad.

Eje III:

No presenta.

Eje IV:

Violencia familiar. Homicidio.

Eje V:

EEAG = 23.

Tratamiento: Se efectuará de acuerdo a los siguientes parámetros: a) Psicofármacos antipsicóticos (Haloperidol 30 mg. diarios, Levomepromazina 75 mg. diarios), b) psicoterapia individual (fundamentada en la relación entre el homicidio de su esposa, su afección psicopatológica y el consumo de alcohol), c) psicoterapia familiar y psicoeducación (ya que se evidencia cierta contención familiar en relación a su madre y a su hermana) y d) supresión del consumo de alcohol.

CUARTO CASO CLÍNICO: BERNARDINO.

Paciente de 55 años que ingresa a un hospital psiquiátrico acompañado por profesionales de otro nosocomio, con orden judicial de internación.

Colaborador con la entrevista, el relato es incoherente, refiere vivir con su familia (esposa y dos hijos), no trabaja en la actualidad. Presenta un cuadro de desestructuración del campo de conciencia, con confusión mental, desorientación témporo-espacial, ataxia, fabulaciones y trastornos mnésicos globales. Ha presentado episodios de agitación psicomotriz.

Antecedentes personales: Presenta una ingesta abusiva y crónica de alcohol. Su hábito alcohólico empieza a los 15 años. Su etilismo es de aproximadamente 40 años de evolución.

Enfermedad actual: paciente desprolijo, desaseado, confuso y desorientado en tiempo y espacio. Actitud pasiva. Atención empobrecida. Fallas mnésicas globales (de fijación y evocación). Fabulaciones y falsos reconocimientos. No presenta disensosopercepciones. Lenguaje de ritmo lento, suficiente y pertinente. Pensamiento incoherente (no conserva la idea directriz), perseverante, laxitud en las asociaciones, escaso causal ideativo. Timia: labilidad emocional. Se observa marcha atáxica con polineuritis. Ha presentado episodios de agitación psicomotriz. No realiza crítica de situación ni de enfermedad. Juicio desviado.

Discurso del paciente: «Soy una persona sana, y por lo tanto no tengo ninguna enfermedad. Estoy aquí acompañando a mi padre» (en realidad es otro enfermo de la sala). Ante la pregunta de quién es la persona que lo entrevista (médico jefe de sala), el enfermo responde: «Usted es un supervisor de acá, controla que todo esté en orden y que la gente trabaje».

Niega tener ningún tipo de enfermedad, ni física ni mental, y no cree que el alcohol le haga daño a nadie. «El vino es la bebida de los pueblos y de los hombres fuertes» dice.

El paciente mira al psiquiatra que lo entrevista y le dice: «Yo a usted lo conozco, usted frecuentaba un bar de Quilmes junto con su padre. El era muy amigo mío».

A una enfermera de la sala le comenta: «Usted es una prima mía que hacía muchos años que no veía. Es una gran alegría encontrarla acá».

Se le realiza una tomografía axial computada (TAC) de cerebro, con el siguiente informe: Se observan múltiples imágenes de aspecto secuelar vascular a nivel periventricular, en ambos hemisferios cerebrales. Se observa calcificación de los núcleos de la base. Los ventrículos laterales y el tercer ventrículo se encuentran dilatados. Las cisternas basales axiales, silvianas y los espacios subaracnoideos de la convexidad se encuentran ensanchados. Áreas de leucomalacia bihemisféricas.

Diagnósticos:

Eje I:

- a) Trastorno orgánico cerebral inducido por alcohol.
- b) Demencia persistente inducida por alcohol.

Eje II:

Trastorno de la personalidad por evitación.

Eje III:

Cirrosis hepática.

Eje IV:

Divorcio y abandono familiar.

Eje V:

EEAG = 22.

Tratamiento: Se hará sobre la base de los siguientes parámetros: a) Psicofármacos antipsicóticos, b) Vitaminoterapia «B», c) Ácido-acetil-salicílico (AAS) como antiagregante plaquetario 250 mg. diarios, d) supresión del alcohol, e) psicoterapia individual (donde se trabajará la conciencia de enfermedad) y, f) psicoterapia familiar y psicoeducación.

QUINTO CASO CLÍNICO: ADRIANA.

Paciente de 42 años, de profesión médica, que consulta por estados depresivos y cefaleas intensas.

La enferma refiere: «Estoy jubilada como médica, me jubilaron a los 35 años porque me operaron de un aneurisma cerebral. Tengo fuertes dolores de cabeza. Perdí el olfato porque me perforaron el bulbo olfatorio durante la operación. Hace 20 años que estoy en pareja con un hombre que tiene un trastorno bipolar y consume mucho alcohol. Tengo una muy mala relación. Tengo dos hijos varones con él de 18 y de 10 años. Tuve un gran amor a los 17 años, que fue un desaparecido en la dictadura militar. Hace poco pude identificar los huesos, estaba en el pozo de Banfield. En realidad, sigo enamorada de un muerto. Tengo temor a quitarme la vida, si no lo hice fue por mis hijos que me necesitan».

Antecedentes personales: la paciente tuvo un intento de suicidio a los 18 años con psicofármacos.

Presentó a los 34 años, un ACV hemorrágico con hemiparesia izquierda, pérdida de equilibrio y afasia de expresión a consecuencia de la ruptura de un aneurisma cerebral de comunicante anterior, con marcada depresión, crisis de irritabilidad y de agresividad.

Se le realiza una tomografía axial computada (TAC) de cerebro, cuyo informe dice: Presencia de clips metálicos en topografía del circuito anterior del polígono de Willis. Huellas quirúrgicas en calota frontal derecha. Subyacente a ella, se observa lesión hipodensa afectando la sustancia blanca subcortical frontal, que alcanza la cabeza del núcleo caudado y núcleo lenticular, no presentando características expansivas con retracción del asta frontal del ventrículo derecho. Resto del parénquima encefálico sin lesiones.

Las conclusiones son: a) lesión de aspecto secuelear frontal derecha, b) clips metálicos en topografía a nivel del circuito anterior del polígono de Willis por operación de un aneurisma cerebral de comunicante anterior.

Diagnósticos:

Eje I:

a) Trastorno orgánico cerebral (secundario a ruptura de un aneurisma cerebral).

b) Trastorno depresivo mayor.

Eje II:

Trastorno de la personalidad no especificado (trastorno depresivo)

Eje III:

Aneurisma cerebral (intervenido quirúrgicamente).

Eje IV:

Conflictos conyugales.

Eje V:

EEAG = 43.

Tratamiento: Se orientará de acuerdo a las siguientes coordenadas: a) psicofarmacológico (Milnacipran 100 mg. diarios, Clonazepan 6mg. diarios), b) psicoterapia individual (para trabajar cuestiones inherentes a su relación de pareja, las pérdidas afectivas, su jubilación. etc.) y, c) psicoterapia familiar (trabajar el vínculo conflictivo con su marido y sus hijos).

SEXTO CASO CLÍNICO: MARÍA.

Paciente de 55 años, profesora de filosofía, cuyo motivo de consulta es por crisis depresivas con ideas de suicidio.

La paciente relata: «Tengo falencias afectivas absolutas. Yo no me siento con derecho a la vida. Son muchos años de lucha, tengo ganas de liquidar-

me. Yo he peleado mucho con esta enfermedad. Tengo tres hijos (María, Natalia y Agustín). En esta última crisis hubo un detonante fuerte.

Cuando tenía 18 años me enamoré de Bocha, fue un amor muy grande. Pero me asusté y rompimos. A los 23 años muere mi abuela, que representaba como una madre para mí, me agarró un ataque de histeria.

A los 24 años me casé con Mario, el padre de mis hijos. El matrimonio fue un desastre, a pesar de que estuvimos juntos 20 años. El era un fascista, admirador de Hitler. Siempre me sentí dominada por él.

Hace un año me llamó por teléfono Bocha, mi gran amor, después de 35 años. Cuando Bocha apareció, me conecté nuevamente con la vida y con el amor.

Siempre mantuve una postura moral y religiosa. Soy muy católica. Tengo muchos años de lucha de mi depresión. Tengo una gran adicción al dolor, siempre busco el camino que me hace daño. No puedo romper con la estructura de personalidad que tengo. Siempre fui un instrumento para satisfacer a los otros. Nunca he tenido elementos propios.

Hace tres meses que quiero cortar la relación con Bocha. No tolero más mi autodestrucción. Mi relación con él pesa más, no me animo a vivir sin él. Pero esta relación no la voy a poder blanquear con mis hijos, siento que ellos me van a juzgar muy duramente.

Mario, mi ex marido, nos sigue manejando a todos. El se siente amo y señor. Me siento muy culpable por el dolor que les causé a mis hijos por mis depresiones. Yo los adoro.

Tengo dos opciones: verme feliz o verme muerta. Nunca me animé a liquidarme. Tengo que parar con esta autodestrucción. Tengo que saber como sobrellevar este dolor. Mucho de lo que me ocurre pasa por la culpa.

No quiero adherirme a este dolor de existir, a la renuncia y al no valorarme.

Antes de la relación con Bocha, sentía el vacío de la nada. Tengo una tristeza permanente. No me considero una persona valiente. La culpa no me permite pedir nada. Tengo miedo al rechazo de mis hijos. Conozco mis falencias pero no mis virtudes.

He vivido como esperando algún milagro, pero también he luchado mucho. Tengo que tener una postura más flexible frente a la vida, tengo que quererme más porque muchas veces me odio. Nunca tuve elementos propios y ya soy una vieja.

A las relaciones sexuales siempre las negué, es por la educación religiosa que me dieron mis padres. El vacío afectivo en mi niñez y el vacío sexual,

han sido el mayor obstáculo para mi crecimiento. La sexualidad fue algo que siempre negué, lo corporal es un permiso que nunca me permití. Un recuerdo de mi infancia es la falta de juegos y el llanto de mi madre».

Diagnósticos:

Eje I:

Trastorno depresivo mayor, recidivante.

Eje II:

Trastorno de la personalidad no especificado (trastorno depresivo).

Eje III:

No presenta.

Eje IV:

Separación conyugal.

Eje V:

EEAG = 45.

Tratamiento: Se deberán tener en cuenta dos cuestiones: a) psicoterapia individual (centrada en relación a los síntomas y a su análisis histórico-biográfico) y, b) Antidepresivos y ansiolíticos (Fluoxetina 40mg. diarios, alprazolam 6 mg. diarios).

SÉPTIMO CASO CLÍNICO: VALERIA.

Paciente de 50 años cuyo motivo de consulta es: «Vengo para mejorar la mala relación que tengo con mis hijos» y dice: «Soy una persona muy impulsiva, pero también muy reflexiva. Tengo una inteligencia excepcional. Me llevo mal con mis tres hijos (Verónica de 30 años, Alejandro de 27 y Natalia de 25). Vivo en las utopías, soy muy idealista, conviví 15 años con un hombre llamado Alfredo, un escorpiano brutal, que era una especie de Che Guevara.

Vine a los 4 años a la Argentina en 1949, de la Alemania nazi junto a una pila de cadáveres. Estuve un año internada en un hospital militar con una grave desnutrición y muchas infecciones. Mi madre nunca se ocupó de mí. Viví en asilos durante toda mi infancia. Mi madre era muy violenta conmigo, al igual que mi hija Verónica; las dos siempre se han manejado por impulsos.

Yo era una nena muy inteligente, muy rebelde y muy difícil de comprar. Nunca fui complaciente con nadie. Mi padre era un alcohólico, un hombre débil. A lo largo de mi vida he sido una persona muy estética, pero también muy suicida porque nunca conocí el miedo.

Robaba libros en las bibliotecas públicas. A los 15 años ya había leído mucho, era bastante culta, pero estaba loca como una cabra. Vivía castigada por las monjas en los asilos. De los 14 a los 17 años viví en la calle. A los 16 años quedé embarazada y me hice un aborto en carne viva.

Vivía escapándome de los institutos de menores. Era una subversiva. A los 20 años conocí al padre de Verónica, él era mi antítesis. En realidad, era un hijo único malcriado. Yo nunca en mi vida pude calcular nada, por eso terminé en una pensión. Era muy primitiva, no tenía ningún roce social. Pero soy mucho más racional que Verónica.

Vengo porque quiero ver si puedo arreglar la mala relación que tengo con mis hijos. Tengo que aprender a desistir de muchas cosas, que es lo contrario a insistir. Empecé con yoga y meditación.

Yo genero mucha bronca en los hombres, debe ser por mi inteligencia. Muchos de ellos deben pensar: a esta mina la voy a reventar. Soy una persona con una postura vivencial.

Mi hijo Alejandro es un mediocre, es suboficial de la policía, y mi otra hija Natalia no sabe lo que quiere, es muy insegura y se frustra demasiado pronto. Pero he aprendido a callarme la boca en muchas circunstancias.

La que más me preocupa es Verónica, es manipuladora y controladora, siempre adoptó un papel de víctima. Conmigo esgrime argumentos infantiles. Ella se ha sentido abandonada por mí. Yo soy estable y Verónica muy inestable.

Me gusta poner a la gente a prueba. Cada uno hace su lectura de la realidad, muchas veces en contra de sí mismo. Uno no puede hacer demasiado en el mundo del otro».

Diagnósticos:

Eje I:

Problemas de relación: Problemas materno-filiales.

Eje II:

Trastorno narcisista de la personalidad (diagnóstico principal).

Eje III:

No presenta.



Eje IV:

Conflictos materno-filiales.

Eje V:

EEAG = 56.

Tratamiento: Se enfocará desde dos perspectivas: a) psicoterapia individual (donde se trabajarán los aspectos patológicos de su personalidad, tratando que la paciente pueda hacer «un reconocimiento de sí misma» y de su conflictiva personal y familiar) y, b) psicoterapia familiar (incluyendo a los hijos que son su motivo de consulta principal).

OCTAVO CASO CLÍNICO: ANA.

Paciente de 33 años que consulta por ataques de pánico. Comienza en 1987 con los primeros síntomas a los 24 años (ahogos, miedo a desmayarse, taquicardia, sudoración, temor a perder el control, sensación de muerte). En 1995, un mes antes de casarse, vuelve a tener un nuevo ataque de pánico con los mismos síntomas. Episodios que vuelven a reiterarse durante su primer y segundo embarazo.

Su relato es el siguiente: «Tengo miedo a desmayarme, a descomponerme y durante las crisis experimento una sensación de muerte. Siento un estado de ansiedad permanente. Hago toda mi vida dentro de mi casa, si tengo que salir mi marido me acompaña a todas partes. Dramatizo mucho las cosas, soy muy ansiosa. Soy obsesiva con el orden en mi casa. Tengo miedo a estar sola y a descontrolarme, a volverme loca. A veces tengo fantasías de querer desaparecer, pero nunca pensé en suicidarme. Mi marido me ayuda mucho, pero es muy celoso. No me deja ni a sol ni a sombra. Cuando era chica mi mamá me sobreprotegía mucho».

Tiene dos hijos, un varón de 5 años y una mujer de 13 meses. En una oportunidad concurre al consultorio con una amiga, porque el marido no podía acompañarla. Ella manifiesta: «Vine con mi amiga porque todavía no me animo a venir sola».

Diagnósticos:

Eje I:

a) Crisis de angustia (Panic Attack).

b) Fobia social.



Eje II:

Trastorno de la personalidad por dependencia.

Eje III:

No presenta.

Eje IV:

Sobrepotección materna.

Eje V:

EEAG = 56.

Tratamiento: Se hará de acuerdo a dos ítems principales: a) psicoterapia individual (se enfocará la relación causal de la sintomatología pánico con la biografía de la paciente) y, b) Ansiolíticos (Clonazepam 6 mg. diarios), para disminuir los síntomas de ansiedad y de angustia.

NOVENO CASO CLÍNICO: JORGE.

Paciente de 25 años, que entra al consultorio presa de una intensa ansiedad, y relata lo siguiente: «Cuando pongo mis manos sobre cualquier objeto, sea el que sea, mis inquietudes se despiertan: me lavo las manos con mucha agua y jabón. Cuando mi ropa roza con algún objeto del ambiente me siento inquieto y atormentado. Pongo mucha atención para no tocar a nadie, ni con mis manos ni con mi ropa. He contraído un hábito singular: cuando toco alguna cosa, o cuando mi ropa ha estado en contacto con un mueble o con cualquier otro objeto, sacudo fuertemente las manos, me froto cada uno de los dedos de ambas manos, unos contra otros, para quitarme una suciedad oculta bajo las uñas. Este movimiento lo hago durante todo el día y en toda ocasión.

Cuando voy de visita a alguna casa, tengo dudas y vacilo todo el tiempo; tomo toda clase de precauciones para que mi ropa no roce las puertas, las paredes o los muebles. Antes de sentarme examino con sumo cuidado los sillones, y los sacudo del polvo que pudieran tener.

Los dobladillos de mi ropa están descosidos, temo que algo se esconda en ellos. Uso zapatos con dos números menos, que me aprietan y me hacen doler los pies: el motivo de esto es impedir que se introduzca algo en ellos.

Durante las crisis de ansiedad, llego al extremo de no poder tocar nada, ni siquiera los alimentos, mi madre me tiene que alimentar dándome la comida en la boca.

Me levanto a las seis de la mañana, tanto en verano como en invierno, mi aseo dura habitualmente una hora y media, y más de tres horas durante los períodos de crisis. Antes de levantarme de la cama froto mis pies durante diez minutos, para quitar cualquier cosa que haya podido deslizarse entre los dedos de los pies o bajo las uñas.

Me peino muchas veces el cabello para quitar toda huella de suciedad que pudiera haber quedado. Cada ropa que uso la examino muchas veces e inspecciono cada pliegue, para luego sacudirla muy fuertemente».

El paciente tiene conciencia de su trastorno, sufre por él, reconoce lo ridículo de sus aprensiones, lo absurdo de sus precauciones, se angustia, llora y se esfuerza por dominarse.

La obsesión no es solamente una cárcel del espíritu, sino la conciencia aguda y permanente de la violencia efectuada en el pensamiento. En tanto que no es una psicosis, la obsesión neurótica no deja de ser un fenómeno parásito, extraño, rechazado sin éxito por un psiquismo escindido, al mismo tiempo que observador rebelde por su impotencia. El rito obsesivo calma la angustia y conjura la amenaza, aunque sea agotador. El tiempo del obsesivo no es otro que el del rito, ocupado por completo en su minucioso y fanático cumplimiento.

Diagnósticos:

Eje I:

Trastorno de ansiedad (Trastorno obsesivo-compulsivo).

Eje II:

Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (TOC).

Eje III:

No presenta.

Eje IV:

Conflictos sociales y laborales.

Eje V:

EEAG = 43.

Tratamiento: Se efectuará de acuerdo a los siguientes items: a) psicoterapia individual (centrada de acuerdo a los síntomas y a su relación con el análisis histórico-biográfico del paciente) y, b) antidepresivos (sertralina

50 mg. diarios) y c) ansiolíticos (alprazolam 6 mg.diarios) para disminuir el estado de angustia y ansiedad.

DÉCIMO CASO CLÍNICO: CARLOS.

Paciente de 69 años, que es internado en una clínica psiquiátrica por intento de homicidio a su esposa.

Durante la entrevista el enfermo se encuentra en un estado de agitación psicomotriz, desestructuración del campo de conciencia con confusión mental y desorientación témporo-espacial, disartria, fallas mnésicas de fijación y evocación, ideas delirantes celotípicas, un síndrome afasoprapraxo-agnósico, labilidad emocional y hemiparesia derecha (secuela de un ACV isquémico).

La esposa relata: «Estábamos durmiendo, y alrededor de las tres de la madrugada, me encuentro que mi esposo me estaba amenazando con una cuchilla de cocina y diciéndome que me iba a matar por infiel. Cuando intenta tirarme el primer cuchillazo, salgo corriendo y gritando desesperada a mis vecinos quien me ayudan a detener a mi esposo que se encontraba furioso, diciendo una y otra vez que me iba a matar».

La mujer de 68 años dice que su marido nunca fue agresivo con ella ni con nadie, iban a cumplir 50 años de casados dentro de tres meses, siempre en perfecta armonía.

Antecedentes de la enfermedad actual: El paciente presenta una hemiparesia derecha (por un ACV isquémico ocurrido hace dos años), con antecedentes de hipertensión arterial y un infarto de miocardio hace 5 años.

Se le solicita una tomografía computada (TAC) de cerebro cuyo informe es: «Lesiones isquémicas con infartos múltiples córtico-subcorticales localizados en ganglios basales, tálamo y cápsula interna».

Diagnósticos:

Eje I:

Demencia vascular.

Eje II:

No presenta.

Eje III:

- a) Hipertensión arterial
- b) Infarto de miocardio.
- c) ACV isquémico.

Eje IV:

Conflictos conyugales.

Eje V:

EEAG = 13.

Tratamiento: Se hará de la siguiente manera: a) antipsicóticos, b) inhibidores de la acetilcolinesterasa como la galantamina (ya que se postula en las demencias un déficit colinérgico, y la galantamina produce un incremento de la respuesta colinérgica), c) antihipertensivos y d) psicoterapia individual, apoyo y contención a su esposa para la aceptación y elaboración de la enfermedad del paciente.

UNDÉCIMO CASO CLÍNICO: ANDRÉS.

Paciente de 30 años que es internado en una comunidad terapéutica. Durante la anamnesis nos refiere: «Soy adicto a las drogas, me gusta el alcohol y he tenido algunos problemas con la ley. Empecé a tomar cerveza a los 10 años, y a los 12 probé la cocaína. A los 15 años me empecé a picar cocaína por las venas, y desde hace 2 años soy HIV positivo. Soy consciente que me voy a morir, pero yo ya estoy jugado.

He estado preso en comisarías y en dos cárceles por mis problemas con la ley. Hace seis años maté a un policía en un tiroteo y me metieron adentro cinco años. En la cárcel aprendí a perfeccionarme en el delito. En mi vida hice y me hicieron de todo; consumí drogas, robé, maté y ahora me estoy matando yo con el sida.

Mi padre era un alcohólico, y la única imagen que tengo de él es la de un tipo tirado en el suelo borracho. Mi madre para mantenerse y darnos de comer hacía la calle. En mi casa lo único que siempre había eran gritos y golpes. La única forma de escapar de ese infierno, era tomar mucho alcohol y drogarse a morir. Pero como la droga era cara y no tenía plata, salía a robar. Robábamos en todos lados, siempre a mano armada. Una vez se me complicó con un cana y lo bajé. Después me agarraron y

me chupé cinco años de cárcel. Salí más resentido con la gente, a drogarme más y a afanar más.

Pero ya no puedo más, tengo que parar, estoy enfermo de sida y me enteré que tengo un hijo de tres años. No quiero morir en un tiroteo, quiero recuperarme por mí y por mi hijo, no quiero que tenga el padre que yo tuve. Las drogas me han hecho mucho daño y me han comido el cerebro. Antes de ir a un cementerio, quiero intentar dejar las drogas y tratarme el sida. Lo que tengo lo tengo, pero vale la pena vivir lo mucho o poco que me queda de vida, con mi mujer y con mi hijo, como un tipo normal».

Diagnósticos:

Eje I:

Abuso de alcohol.

Dependencia de cocaína.

Eje II:

Trastorno antisocial de la personalidad (diagnóstico principal).

Eje III:

HIV-sida.

Eje IV:

Actos delictivos. Homicidio. Encarcelamiento.

Eje V:

EEAG = 8.

Tratamiento: a) psicoterapia individual (se apuntará a la modificación de las pautas de conducta patológicas), b) psicoterapia de grupo (con otros adictos para hacer «insight» de su situación pasada y actual), c) psicoterapia familiar (donde se trabajará el vínculo con su esposa y su hijo) y, d) quimioterapia antirretroviral del HIV-sida.

PARTE III

CONCLUSIONES

He expuesto una propuesta de integración de las ciencias naturales y humanas en general, y de la psicopatología y la psiquiatría en particular; que ya fueron planteadas en los objetivos generales y específicos de este libro.

Las teorías científicas no están comprobadas, en tanto son imposibles de comprobar. Ya lo mostró sobradamente Popper: en tanto los casos nunca pueden agotarse, siempre una teoría podría hallar un futuro contraejemplo. Podría establecerse una teoría como falsa, pero es imposible demostrarla verdadera. De modo que someter las teorías a contrastación empírica es sin duda necesario, pero no permite asumir como válida la teoría que pase positivamente la prueba. Es más: varias teorías pueden resistir las mismas pruebas empíricas positivamente, ser coherentes con ellas, sin ser teorías equivalentes o coextensivas. Esto haría que hubiera «más de una teoría verdadera sobre el mismo objeto», y que la prueba empírica no funcione como supuesto «experimento crucial» definitorio, como se pensaba desde el Círculo de Viena (fundador del positivismo lógico).

Los científicos no son grandes racionalistas dedicados a la cuestión de confirmar o refutar teorías, sino hombres ligados a la resolución de problemas concretos de investigación, que suelen ser inconscientes de

los supuestos teóricos de su actividad. Es esto lo aportado por la noción kuhniana de «paradigma», y ayuda a desmitificar la noción de lo que son los científicos, su actividad y sus productos. La mayoría de los científicos cree habérselas directamente con la realidad, no asumen estar mediados por supuestos conceptuales específicos.

Hoy asistimos a la progresiva deconstrucción de los modelos unicistas y apriorísticos de entender a las ciencias. Los ecos del positivismo lógico ya se apagaron en la filosofía de la ciencia; aunque no en la filosofía cotidiana de los científicos. Allí, muchos continúan siendo positivistas, aún sin saberlo. Y colaboran a ello, algunas posiciones neoempiristas que todavía predominan, a contrapelo del mundo, en la epistemología argentina. Lo cual configura la tardía presencia de concepciones platónicas de entender lo científico: modelos lógico / ideales alejados de los meandros de toda realidad, apartamiento de la facticidad concreta de la historia y la producción de las ciencias, en atención a sostener la «pureza» abstracta de tales modelos.

La explicación causal-objetiva no es suficiente ni siquiera en las ciencias naturales. No alcanza para dar razón de una serie de fenómenos: desde los desplazamientos de los kuarks, hasta el comportamiento de las partículas bajo observación; o desde el punto de inicio del universo hasta las estructuras disipativas que ha hecho célebres Prigogine. Las estructuras disipativas mostrarían la imposibilidad de prever la reacción de acuerdo a condiciones iniciales controladas: serían puro azar en acto, ostensión de un universo no predeterminado.

Es una gran revolución epistemológica considerar que los cambios producidos en la ciencia, dependen más de cambios provocados en la subjetividad humana, que de cambios en los objetos de conocimiento.

Las «leyes científicas» no son espontáneamente advertibles, sino que son construídas en condiciones experimentales. En esta misma línea podría apelarse a la epistemología que inauguró Bachelard: el experimento es razón en acto, no la simple observación de lo dado. El experimento es, por lo tanto, producción de la investigación misma, es decir preconformada desde la teoría. Y la teoría es una **construcción**, cuyos límites con los campos de la interpretación cotidiana son necesariamente borrosos.

Concluiré entonces con la idea que la ciencia encuentra en la experiencia lo que busca en ella. Es respondida sólo en aquello que pregunta: no puede haber respuesta para aquello sobre lo que no existió interrogante.

La noción «abstracta» del sujeto de conocimiento, que ha sido sustentada aún hasta nuestros días por el neopositivismo, es por completo insostenible. Los trabajos de Kuhn, muestran como se parte de supuestos (paradigmas) previos a cualquier observación. El sujeto no es una «tábula» neutra e incontaminada, sino **un constructo social en acto**. Está «puesto» desde las condiciones socio-culturales, desde la organización del modo de producción, incluso desde la específica comunidad científica, y el específico propio lugar en ella.

Esto implica pensar nuevos modelos de la ciencia; no como sistemas formales, ni como caminos preconfigurados hacia alguna parte específica. Así el «paradigma indiciario» alcanza espacio, lo fragmentario puede tener pertinencia, lo político puede imaginarse fuera de la lógica de la acumulación, de la sumatoria o de la estrategia.

Asomamos a nuevos modos de pensar la ciencia, que en general aún no hemos incorporado (sobre todo a nuestros esquemas prácticos de actuación), de manera que a menudo ponemos vino viejo en nuevos odres, y retornamos insensiblemente a las viejas modalidades.

En lo que hace al campo teórico, correlativamente con el objeto ha cambiado el sujeto; y ha cambiado su propia noción de sí, que finalmente se ha vuelto autorreflexivo. Ha desaparecido aquel sujeto epistémico «puro» (sostenido por el positivismo), inexistente en cualquier realidad, pero entendido como el «verdadero» sujeto, ese que provee certidumbres y que funda la posibilidad de un conocimiento seguro.

Se va esfumando de la ciencia aquello «que nada quiere saber del sujeto». Se comienza a asumir a este como es, como aquello que el psicoanálisis ha mostrado: un sujeto dividido, que no se sabe a sí mismo, que está hablado desde el Otro y que está atravesado por lo inconsciente. Un sujeto sujetado al lenguaje, a las relaciones de parentesco y a las condiciones socio-culturales de inscripción y de práctica. Sujeto falible, diferenciado cada vez, con menos pretensión de sostener una universalidad, una regularidad y una objetividad. Ya no encontramos a aquel sujeto cartesiano de la conciencia, a aquel yo de la evidencia inmediata; encontramos al sujeto dividido del psicoanálisis, que subvierte al cógito cartesiano: **«soy donde no pienso, pienso donde no soy»**.

La verdadera integración de las ciencias naturales y humanas, solo se hará a expensas de la inclusión del hombre en su objeto de estudio; a través de la construcción de una nueva epistemología que contemple **la subjetividad del sujeto cognoscente** (epistemología cibernética de se-

gundo orden). El acto de conocimiento, y por ende la construcción de la ciencia, se hace siempre, subjetividad mediante.

Se ha destacado además, para que tal integración se produzca, **la creación de convergencias inter / trans / multidisciplinares** que contemplen la multidimensionalidad y la multicomplejidad del sujeto humano en su-estar-en-el-mundo.

Con relación a la psiquiatría en particular, he propuesto y desarrollado una **integración epistemológica de los distintos modelos psicopatológicos**, y una propuesta de **integración de las psicoterapias**.

Los representantes del modelo médico y del modelo conductista, defienden una perspectiva positivista de los fenómenos psíquicos; esto es:

- a) Unicidad de la metodología científica, es decir la metodología experimental hipotético-deductiva, científico-natural, como único método científico tanto para las ciencias naturales como para las ciencias humanas.
- b) Estudio de los fenómenos psíquicos bajo los criterios de la observación, cuantificación, verificación y predicción.
- c) Sus objetivos son la búsqueda de leyes causales, biofísicas y comportamentales de validez universal sobre la conducta patológica.

Tal planteo metodológico implica únicamente el análisis de los fenómenos observables, ya que, solo ellos son susceptibles de medición, análisis matemático y control experimental, lo que implica ignorar los procesos psíquicos internos que subyacen al comportamiento observable, así como se ignoran las variables contextuales; y con ello se marginan las características más relevantes de la conducta humana.

El planteo señalado puede conducir a una grotesca simplificación del comportamiento humano, lo que inevitablemente llevará a una fragmentación de la realidad. Para entender la conducta humana, no se pueden disociar los hechos de los significados, y las acciones de sus intenciones.

Los representantes del modelo psicoanalítico y del modelo sociológico, defienden una perspectiva comprensiva, interpretativa o hermenéutica de los fenómenos psíquicos; esto es: la necesidad de comprender estos fenómenos bajo el criterio de su intencionalidad y significación, (no solo de su observación o apariencia), en el sentido de la interpretación de la vida del paciente; es decir sus objetivos, actitudes, comportamientos, sentimientos, vivencias, pensamientos, etc.

Tales fenómenos no son susceptibles de cuantificación matemática, sino que se interpretan y se comprenden. Tal conocimiento estará carga-

do además, de la relatividad de las situaciones y de un carácter sumamente provisional, debido a la movilidad del objeto humano, en tanto que realidad permanentemente inacabada, es decir dinámica de la relación sujeto-objeto.

Mario Bunge distingue determinación de causalidad, advirtiendo que ésta es una clase de aquélla; pero dice que caben otras determinaciones, como las teleológicas, interaccionales o dialécticas. Dice Bunge: «La realidad es demasiado rica, para poder comprimirse de una vez por todas, en un marco de categorías elaborado en una etapa inicial del conocimiento humano». Tenemos que acudir, pues, a una determinación teleológica, a la vieja idea de la causa final. Solo así, unidas inextricablemente, podremos entender un poco más la etiología de los trastornos mentales en su totalidad.

Frente a la unicidad del método científico, planteo **la pluralidad de métodos** y la necesidad de desarrollar métodos de investigación adecuados a las peculiaridades del objeto de estudio, en lugar de deformar el objeto para adecuarlo al método.

Desde mi perspectiva, sostengo que hay que rechazar los reduccionismos. La explicación científica no es solo causalista, ni es solo teleológica. Ante ello se impone **el postulado de la complementariedad**.

Partiendo del concepto que la conducta patológica es tridimensional (**modelo bio-psico-social**), explicación y comprensión, son dos modos de acercamiento a tal conducta, que proporcionan visiones absolutamente complementarias y compatibles. La explicación causal podrá ir más adecuadamente dirigida a los niveles biológicos, en tanto que la comprensión teleológica (finalidades, significaciones) encajará mejor en los niveles psicológico y social.

Por ejemplo, en las psicosis alcohólicas, éstas evidentemente están producidas por el efecto del alcohol sobre el cerebro, prestándose por tanto a una metodología explicativa. Pero lo comprensivo permitirá entender además: a) la dinámica psíquica subyacente (el por qué y los para qué de tal conducta), b) la dinámica situacional, tanto presente como pasada y, c) el por qué de los contenidos alucinatorios y delirantes.

Explicación y comprensión son dos ópticas simultáneamente aplicables, que aportan datos complementarios. Se puede decir que los trastornos somáticos son fundamentalmente explicables, en tanto que los psicógenos y los sociógenos son prioritariamente comprensibles.

Consiguientemente, podría decirse que, metodológicamente, el conocimiento científico puede enriquecerse con una aplicación simultánea de los métodos explicativos y comprensivos; con un espíritu abierto y crítico, sin caer en reduccionismos.

En síntesis, considero que el estatuto epistemológico de la psiquiatría, está formado por diversos modelos cuya interpretación escapa totalmente a un enfoque único. Pretender aprehender con el mismo modelo la «explicación» y la «comprensión» de las neurosis fóbicas, las depresiones endógenas, las sociopatías, las esquizofrenias catatónicas, las toxicománias, o las neurosis histéricas, me parece, sencillamente, ingenuo, simplista y poco racional. Otra cuestión diferente es que cada uno de estos problemas pueda ser referido a los niveles biológico, psicológico y sociológico (**modelo bio-psico-social**) como complementos necesarios que nos dan la dimensión holística y de complejidad que constituye el sujeto humano. La base del modelo bio-psico-social lo conforma la Teoría General de Sistemas (TGS). Esta nos ofrece un modelo de unificación al brindar una perspectiva del sujeto en toda su complejidad y en interacción con el mundo. Propuesta inicialmente por el biólogo Bertalanffy, la TGS surge como un intento de contrabalancear la prevalente tendencia occidental de hiperespecialización, con la inevitable consecuencia de estrechez y compartimentalización del conocimiento, a medida que los especialistas «aprenden cada vez más y más, sobre menos y menos».

La TGS postula que todas las criaturas vivientes son equipos organizados de sistemas, definiendo éstos últimos como un complejo de elementos interrelacionados. Los sistemas vivientes son sistemas complejos, organizados jerárquicamente y compuestos de diferentes niveles: a) células (antes incluso, moléculas, enzimas, organelas, etc.) b) órganos, c) sistema de órganos, d) organismo, e) grupo, f) organización, g) sociedad, h) sistema supranacional, i) mundo, j) universo. Los organismos vivientes son concebidos como sistemas abiertos involucrados en un intercambio continuo de materia, energía e información. No son pasivos, sino intrínsecamente activos, incluso sin estimulación externa.

Pero debe quedar claro (y aquí se intuye el espinoso futuro de la investigación epistemológica en psiquiatría) el grado de participación de cada nivel y el tipo peculiar de relación existente entre los diferentes niveles. Me parece que ésta es la única forma a través de la cual la psiquiatría puede facilitar un auténtico servicio a la sociedad y al paciente,

al ser capaz de trascender las conveniencias interesadas de cada modelo, y pasar a una autocrítica que elimine al máximo los reduccionismos del tipo que sean.

Las diferentes posibilidades terapéuticas de cada modelo corroboran la concepción multifactorial y multidimensional de los trastornos psíquicos. Aunque no sea la única vía de acceso, la eficacia terapéutica orienta hacia la estructuración real de los diferentes niveles bio-psico-sociales. Las posiciones radicales pueden ser interesantes desde un punto de vista teórico y gozar de mayor o menor aceptación, pero de ninguna manera contribuyen a un enriquecimiento en la comprensión de la multicomplejidad del sujeto enfermo.

El psiquiatra deberá estar particularmente entrenado en su capacidad de «explicar» y «comprender» la importancia simultánea de factores biológicos, psicológicos y sociales; tanto en la génesis y manifestaciones de los distintos trastornos psicopatológicos, como en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que los padecen. Al mismo tiempo, deberá poseer una visión evolutiva o longitudinal del desarrollo de los distintos trastornos psíquicos, no conformándose con una mera concepción transversal o estática de los mismos.

El psiquiatra deberá ejercer una combinación de rigor científico en sus observaciones clínicas, con una visión humanista que lo transforme en un verdadero médico, y no meramente en un tecnócrata del cerebro o del psiquismo, con una visión mecanicista (y por ende reduccionista) del proceso salud-enfermedad.

Los psiquiatras deberán estar formados en su entendimiento del cerebro y su compleja red de centros neuronales, neurotransmisores y drogas que actúan en ellos. Pero además, deberán trabajar en la absoluta singularidad de cada paciente, considerando los estilos cognitivos y emocionales, los patrones de adaptación y de defensa, las fantasías y los conflictos conscientes e inconscientes. El psiquiatra deberá, asimismo, ser consciente de la contribución de los factores sociales y culturales en la génesis de los trastornos psíquicos.

También es papel de la psiquiatría, el instilar estos conocimientos y enfoques al resto de la medicina; de manera tal que siendo parte integrante de un equipo de salud inter / multidisciplinario, deberá imbuirse al resto del equipo de los conceptos y del espíritu del modelo bio-psico-social.

La psiquiatría actual no puede ser considerada como invariable, y es su mismo desarrollo el que debe darle el carácter permanente de una

estructura abierta. Una visión integradora y una praxis totalizadora, componen el rasgo fundamental de la psiquiatría y del psiquiatra de hoy.

Para finalizar este libro, citaré a dos pensadores:

Alcmeón de Crotona (siglo VI a. C.), discípulo de Pitágoras, que fue el primero en relacionar el cerebro con las funciones psíquicas, ha dicho: «De las cosas invisibles tienen clara conciencia los dioses; en cuanto a nosotros humanos, solo nos está permitido conjeturar».

Karl Popper, uno de los grandes epistemólogos del siglo XX, nos dice: «No sabemos sino que conjeturamos. Lo denomino saber conjetural para consolar a aquellos que quieren un saber seguro y creen no poder prescindir de él. Ciencia es búsqueda de la verdad. Pero verdad no es verdad segura. El saber, como saber seguro, es una palabra vacía.

Estos son, en efecto, los seres humanos peligrosamente necesitados de sugestión, las personas a quienes les falta el valor para vivir sin seguridad, sin certeza, sin autoridad, sin un guía. Quizá podría añadirse: son los seres humanos que se han quedado anclados en la infancia».

RESUMEN

EPISTEMOLOGÍA (Teoría general del conocimiento): Estudio de las condiciones de producción y validación del conocimiento científico (dependen de circunstancias psicológicas, históricas y sociológicas).

DOS PARADIGMAS EN LA CIENCIA: a) **Positivismo Lógico** (Popper, Carnap, Bunge): La ciencia solo es lo verificable (excluye al sujeto de la observación) b) **Constructivismo** (Watzlawick): La ciencia es un constructo socio-cultural (el sujeto la construye).

OBSERVACIÓN CIENTÍFICA: No es una fotografía de la realidad, ni es la constatación de algo preconstituido. **Es una construcción social, una producción humana.** Por lo tanto, **no es objetiva ni neutral**, se capta diferencialmente de acuerdo a la mirada del observador. Toda observación contiene siempre un esbozo de interpretación (el observador siempre está incluido).

TODA OBSERVACIÓN CIENTÍFICA: a) es **inconclusa**, es decir, exige referencias a términos no explicados, los cuales a su vez para

explicitarse remiten a otros inexplicados, y así al infinito, y, b) **es irrepetible** (no vemos dos veces lo mismo); una nueva observación sobre un mismo referente, es ya una nueva observación.

EPISTEMOLOGÍA: Legítima o deslegítima posiciones (busca imponer una interpretación) no es juez, **es parte**.

PROGRESO DE LA CIENCIA: No se hace linealmente, sino por rupturas. Una nueva teoría plantea un corte, no una continuidad con la anterior (Descartes, Galileo, Freud).

NACIMIENTO DE LA CIENCIA: Comienza en siglo XVII (revolución copernicana) con **Galileo Galilei** (1564-1642). Aplicación del cálculo matemático y medición a la observación científica.

DOS PARADIGMAS DE LA CIENCIA:

- a) **Física Galileana** (lo cuantitativo, lo repetible, lo medible, lo universal).
- b) **Indiciario o semiótico** (lo cualitativo, lo irrepetible, lo singular, el caso).

REDUCCIONISMO: Busca explicaciones a nivel componentes de base (ej. Bunge)

HOLISMO: Busca explicaciones a nivel «complejidad de la totalidad» (Ej. Teoría General de Sistemas).

OBJETIVIDAD: Se privilegia al objeto, por lo tanto el observador está excluido de la observación (Ej. Método hipotético-deductivo). Constituye la **epistemología cibernética de primer orden**.

SUBJETIVIDAD: Se privilegia al sujeto, por lo tanto el observador está incluido en la observación. Constituye la **epistemología cibernética de segundo orden**.

EL SUJETO CONOCE, SIEMPRE, MEDIANTE SU SUBJETIVIDAD (Se es más objetivo cuando se incluye la subjetividad).

LA EXISTENCIA DE DOS REALIDADES: a) **realidad de primer orden:** acceso a través de experiencia (realismo, objetividad), b) **reali-**

dad de segundo orden: la interpretación que el sujeto hace de la realidad (subjetividad).

«*CREER QUE LA PROPIA IDEA DE REALIDAD ES LA REALIDAD MISMA, ES UNA PELIGROSA ILUSIÓN*» (*percepto del sujeto*). Cuando hablamos del objeto, en realidad estamos hablando de cómo el sujeto percibe al objeto.

REALIDAD INVENTADA (Watzlawick): Es la realidad que creemos que es exterior a nosotros, pero es producto de nuestras propias construcciones (Constructivismo).

LA OBSERVACIÓN CIENTÍFICA: Siempre incluye al observador y emerge de la **relación** observador-observado.

CONSTRUCCIÓN DE UNA NUEVA EPISTEMOLOGÍA: Cambio epistemológico a través de: a) convergencias inter / trans / multidisciplinares y b) inclusión del sujeto en la observación científica.

RELATIVISMO CULTURAL: Genera pluralidades visiones acerca de la realidad.

Nuestro pensamiento está socialmente condicionado (condicionamiento familiar y social).

LOS MODELOS CIENTÍFICOS: Son un «como si» (representan simbólicamente la realidad, pero **no la contienen**). **EL MAPA NO ES EL TERRITORIO** (el mapa representa al territorio, pero no lo contiene ni lo suplanta).

LOS DATOS NO SON JUECES DE LO HECHOS: Los datos registrados no son la realidad, representan **algo** de esa realidad. Prospectamos zócalos, periferias de la realidad.

MULTIDIMENSIONALIDAD Y MULTICOMPLEJIDAD DEL SUJETO: Construcción nueva epistemología a través de convergencias inter / trans / multidisciplinares (psiquiatras, psicólogos, psicoanalistas, biólogos, antropólogos, sociólogos, etc.).

MODELOS EPISTEMOLÓGICOS DE LA PSIQUIATRÍA: Son probabilistas, no hay una causalidad única, sino causas probables y múltiples (**modelo bio-psico-social**). Génesis heterogénea, multidimensional y de multicomplejidad de los trastornos psíquicos.

REQUISITOS INDISPENSABLES DEL OPERAR CIENTÍFICO:
a) rigor y b) imaginación.

DOBLES DESCRIPCIONES (Bateson): a) conducta como objeto de estudio y b) sujetos observadores de esa conducta (inclusión del observador).

LA REALIDAD ES UNA CO-CONSTRUCCIÓN, Y LA EXISTENCIA ES UNA CO-EXISTENCIA: el centro de gravedad del conocimiento emerge de la **relación observador-observado** (epistemología relacional), y no del objeto o el sujeto por separado.

LA PSIQUIATRÍA COMO CIENCIA: a) ciencia natural (nomotética), aspira a un saber universal. b) ciencia cultural (idiográfica), se ocupa del saber particular.
El sujeto humano es un ser de naturaleza y de cultura (natura y nurtura).

MODELOS EPISTEMOLÓGICOS PSIQUIATRÍA: 1) modelo médico, 2) modelo psicoanalítico, 3) modelo conductista, 4) modelo cognitivo-conductual 5) modelo sociológico, 6) modelo bio-psico-social.

OBJETO ESTUDIO PSIQUIATRÍA (Henri Ey): (no es cerebro, neurotransmisores, hendidura sináptica, inconsciente o socius). Es el sujeto enfermo psíquico desde una **perspectiva global-holística**, lo que implica una profunda desestructuración en su ser y estar en el mundo (patobiografía). Representa la integración epistemológica en psiquiatría.

CARTESIANISMO: sujeto racional o sujeto conciencia (pienso, soy)
PSICOANÁLISIS: sujeto pulsional o sujeto del inconsciente, que subvierte el cógito cartesiano (pienso donde no soy, soy donde no pienso).

PLANTEO DE PENSAMIENTO CRÍTICO Y PLURAL, a través de convergencias inter / trans / multidisciplinarias versus **PENSAMIENTO ÚNICO** (reduccionista).

CONCLUSIONES:

Deconstrucción de los modelos unicistas y apriorísticos de entender a la ciencia (modelos lógico / ideales alejados de la realidad). Plan-teo del positivismo lógico.

La explicación causal-objetiva es insuficiente hasta en ciencias naturales.

Revolución epistemológica: los cambios producidos en ciencia dependen más de cambios en la subjetividad, que de cambios en los objetos de conocimiento (ej. las nosotaxias).

Sujeto del conocimiento: **es un constructo social en acto** (no es una «tábula» neutra e incontaminada).

La ciencia oficial nada quiere saber del sujeto (sujeto dividido, atravesado por lo inconsciente y por condiciones socio-culturales).

Sujeto del psicoanálisis subvierte cógito cartesiano (**pienso, soy**), en sujeto del inconsciente (**soy donde no pienso, pienso donde no soy**). Sujeto foreluido del discurso de la ciencia.

Representantes modelo médico y conductista: a) unicidad de la metodología científica hipotético deductiva, b) estudio de los fenómenos psíquicos bajo criterios de observación, cuantificación, verificación y predicción y c) búsqueda de leyes causales, biofísicas y comportamentales de validez universal.

Se ignoran procesos psíquicos internos y variables socio-culturales (grotesca simplificación de la conducta humana: no se pueden disociar los hechos de los significados, y las acciones de sus intenciones).

Representantes modelo psicoanalítico y sociológico: perspectiva comprensiva, interpretativa o hermenéutica (comprender la intencionalidad y significación de la conducta, es decir lo teleológico).

Estos fenómenos no son susceptibles de cuantificación matemática (se interpretan y se comprenden).

Los diferentes modelos por separado, solo dan una base epistemológica, que aunque necesaria, **es reduccionista** en la comprensión de la multidimensionalidad y multicomplejidad del sujeto humano.

Pretender aprehender con un solo modelo, la «explicación» y la «comprensión» de los distintos trastornos psíquicos; es una pretensión ingenua, simplista y poco racional.

Planteo de pluralidad de métodos científicos y complementariedad de los distintos modelos a través de convergencias inter / trans / multidisciplinares.

Planteo de integración del estatuto epistemológico de la psiquiatría (metodológicamente, el conocimiento científico puede enriquecerse con la aplicación simultánea de métodos explicativos y comprensivos, con un espíritu abierto y crítico, sin caer en reduccionismos).

La verdadera integración de las ciencias naturales y humanas, solo se hará a expensas de: a) la **inclusión del observador** en su objeto de estudio; a través de una nueva epistemología que contemple la **subjetividad** del sujeto cognoscente (epistemología cibernética de segundo orden). b) **Convergencias inter / trans / multidisciplinares.**

La conducta humana es tridimensional (**modelo bio-psico-social**).

A) Causalidad: niveles biológicos (métodos explicativos) **B) Teleológico:** niveles psicológico y social (métodos comprensivos).

La explicación científica, no es solo causalista o solo teleológica. Ante ello se impone el postulado de la **complementariedad**.

Explicación y comprensión, son dos modos de acercamiento a la conducta humana, que proporcionan visiones complementarias y compatibles.

Sostengo, por tanto, una **multidimensionalidad, multicomplejidad y una comprensión bio-psico-social del enfermar psíquico.**

El acto de conocimiento, y por ende la construcción de la ciencia, se hace, mediante la subjetividad. Para que tal integración se produzca, es necesaria la creación de puentes y convergencias inter / trans / multidisciplinares que contemplen la multicomplejidad y la multidimensionalidad del sujeto humano en su-estar-en-el-mundo.

FINAL:

Alcmeón de Crotona (siglo VI a. C.), discípulo de Pitágoras, que fue el primero en relacionar el cerebro con las funciones psíquicas, ha dicho: «De las cosas invisibles tienen clara conciencia los dioses; en cuanto a nosotros humanos, solo nos está permitido conjeturar».

Dice Karl Popper (siglo XX): «No sabemos sino que conjeturamos. Lo denomino saber conjetural para consolar a aquellos que quieren un saber seguro y creen no poder prescindir de él. Ciencia es búsqueda de la verdad. Pero verdad no es verdad segura. El saber, como saber seguro, es una palabra vacía. Estos son, en efecto, los seres humanos peligrosamente necesitados de sugestión, las personas a quienes les falta el valor para vivir sin seguridad, sin certeza, sin autoridad, sin un guía. Quizá podría añadirse: «son los seres humanos que se han quedado anclados en la infancia».

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Alexander, F., y Selenjilk, S. 1990. Historia de la Psiquiatría. Espaxs, Barcelona.
- 2- Alonso-Fernández, F. 1976. Fundamentos de la Psiquiatría Actual. Paz Montalvo. Madrid.
- 3- Alonso- Fernández, F. 1982. Compendio de Psiquiatría. Ed. Oteo. Madrid. Pág. 5.
- 4- Apreda, G. 2000. El psicoanálisis y la ciencia. Revista de Psiquiatría Dinámica y Psicología Clínica. Asociación Argentina de Psiquiatras (A.A.P.). Buenos Aires.
- 5- Apreda, G. 2001. ¿Qué es el psicoanálisis y porqué cura? Revista de Psiquiatría Dinámica y Psicología Clínica. Asociación Argentina de Psiquiatras (A.A.P.). Buenos Aires.
- 6- Bachelard, G. 1980. La filosofía del no. Ed. Amorrortu, Buenos Aires. Pág. 65.
- 7- Barragán, H. 1996. Introducción a la Epistemología y Metodología. Facultad de Ciencias Médicas. UNLP.
- 8- Basaglia, F. 1972. La institución negada. Barral editores, Barcelona.
- 9- Bateson, G. 1960. Minimal requeriments for a theory of schizophrenia, Arch. Gen. Psychiatry.



- 10- Bateson, G. 1970. Form, substance and difference. *Gem. Sem. Bull.* 37.
- 11- Bateson, G. 1981. *Espíritu y naturaleza*. Amorrortu. Buenos Aires.
- 12- Bateson, G. y J. Ruesch. 1994. *Comunicación, la matriz social de la psiquiatría*. Barcelona, Paidós.
- 13- Bateson, G. 1991. *Pasos hacia una ecología de la mente*. Planeta-Lohlé. Buenos Aires.
- 14- Berman, M. 1987. *El reencantamiento del mundo*. Ed. Cuatro Vientos. Sgo. De Chile.
- 15- Bertalanffy, L. von 1992. *Perspectivas de la teoría general de sistemas*, Alianza Edit., Madrid.
- 16- Bertalanffy, L. von 1994. *Teoría general de sistemas*, Fondo de Cultura, México.
- 17- Binswanger, L. 1954. *Le réve et l'existence*. Desclée de Brouwer, París.
- 18- Bunge, M. 1960. *La ciencia, su método y su filosofía*. Siglo XX, Buenos Aires.
- 19- Bunge, M. 1961. *Causalidad*. Eudeba. Bs. As.
- 20- Bunge, M. 1972. *Teoría y realidad*. Ariel. Barcelona.
- 21- Bunge, M. 1977. *Que es y a que puede aplicarse el método científico*, en *Inst. Inv. Filos. Univ. Aut. De México*.
- 22- Canguilhem, G. 1971. *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI. Bs. As.
- 23- Castilla del Pino, C. 1978. *Vieja y Nueva Psiquiatría*. Alianza, Madrid.
- 24- Castilla del Pino, C. 1982. *Introducción a la Psiquiatría*. Alianza Edit. Madrid.
- 25- Cencillo, L. 1998. *La práctica de la psicoterapia*. Marova. Madrid.
- 26- Cencillo, L. 1999. *Interacción y conocimiento*, Amarú, Salamanca.
- 27- Cooper, D. 1971. *Psiquiatría y Antipsiquiatría*. Paidós, Buenos Aires.
- 28- Darwin, C. 1861. *On the origin of species*, Murray, London.
- 29- Diels, Hermann. 1957. *Die Fragmente der Vorsokratiker*. Rowohlt, Hamburg. Pág. 43.
- 30- Dilthey, W. 1947. *El mundo del espíritu*. Aubier, París.
- 31- DSM-IV. 1995. *Criterios diagnósticos*. Masson. Barcelona.
- 32- Einstein, A. 1975. *El significado de la relatividad*. Barcelona, Planeta.
- 33- Ellenberger, H. 1996. *El descubrimiento del inconsciente*. Gredos, Madrid.
- 34- Ey, H. 1980. *Tratado de Psiquiatría*. Masson. Barcelona.
- 35- Ferrater Mora, J. 1989. *Diccionario de Filosofía*, Alianza, Madrid.

- 36- Feyerabend, P. 1981. *Contra el método*. Ariel. Barcelona.
- 37- Feyerabend, P. 1984. *Adiós a la razón*. Madrid, Tecnos.
- 38- Fischman, P. 1994. *Modelo biopsicosocial evolutivo en psiquiatría*. Esc. de Medicina Univ. Católica de Chile.
- 39- Foerster, H. von. 1988. «Construyendo una realidad» en P. Watzlawick, *La realidad inventada*, Gedisa, Buenos Aires.
- 40- Foucault, M. 1990. *La arqueología del saber*. Siglo XXI. México.
- 41- Freud, S. 1981. *Obras completas*. Biblioteca Nueva. Madrid.
- 42- Ginzburg, C., 1989. «Morelli, Freud y Sherlock Holmes: Indicios y método científico,» en el signo de los tres. Ed. Lumen, Barcelona.
- 43- Glaserfeld, E. von. 1988. «Introducción al constructivismo radical», en P. Watzlawick, *La realidad inventada*, Gedisa, Buenos Aires.
- 44- Heidegger, M. 1984. *Ser y Tiempo*. Fondo de Cultura Económica. México.
- 45- Hessen. J. 1994. *Teoría del conocimiento*. Losada. Buenos Aires.
- 46- Hochmann, J. 1972. *Hacia una psiquiatría comunitaria*. Amorrortu. Bs. As.
- 47- Husserl, E. 1959. *Fenomenología de la conciencia del tiempo inmanente*. Nova. Bs. As.
- 48- Jaspers, K. 1950. *Psicopatología General*. Beta. Bs. As.
- 49- Jervis, G. 1979. *El mito de la antipsiquiatría*. Pequeña Bibli. Barcelona.
- 50- Keeney, B. 1997. *Estética del cambio*, Paidós, Buenos Aires.
- 51- Klimovsky, G. 1994. *Las desventuras del conocimiento científico*. A-Z. Bs.As.
- 52- Kuhn, T. S. 1991. *La estructura de las revoluciones científicas*. Fondo de Cultura Económica. México.
- 53- Lacan, J. 1966. *Escritos*. Madrid. Siglo XXI.
- 54- Lagache, D. 1991. *El Psicoanálisis*. Paidós. Buenos Aires.
- 55- Lagrange, M. S. y Renaud, M. 1983. *L'interpretation des documents, essai de simulation sur ordinateur*. Public. Univ. Rouen 96.
- 56- Lahitte, H.B. 1981. *Aportes teórico-metodológicos al estudio del comportamiento*, Symposia, La Plata.
- 57- Lahitte, H. y Hurrell, J. 1990. *Ideas sobre conducta y cognición*. Nuevo Siglo, La Plata.
- 58- Lahitte, H.B. 1995. *Epistemología y Cognición*, Depto. de Teoría e Historia de la Educación. Univ. de Salamanca.

- 59- Lahitte, H.B. 1997. De la Antropología Cognitiva a la Ecología Biocultural. L.O.L.A. Buenos Aires.
- 60- Lahitte, H.B., Hurrell, J. 1999. Sobre la Integración de las Ciencias Naturales y Humanas. L.O.L.A. Buenos Aires.
- 61- Laín Entralgo, P. 1978. Historia de la Medicina. Salvat. Barcelona.
- 62- Laing, R. D. 1972. Esquizofrenia y presión social. Tusquets Editor, Barcelona.
- 63- Lakatos, I. 1982. Historia de la ciencia y sus reconstrucciones racionales, Tecnos, Madrid.
- 64- Lakatos, I. 1983. Metodología de los programas de investigación. Alianza, Madrid.
- 65- Lazarus, A. 1999. The practice of multimodal therapy. Baltimore: John Hopkins. University Press.
- 66- Levi-Strauss, C. 1968. Antropología estructural. Buenos Aires. Eudeba.
- 67- Levi-Strauss, C. 1970. El pensamiento salvaje. México. Fondo de Cultura.
- 68- Levi-Strauss, C. 1979. Estructuralismo y ecología, Anagrama, Barcelona.
- 69- Lorenz, K. 1978. Sobre la agresión, el pretendido mal. Siglo XXI, Madrid.
- 70- Lorenz, K. 1985. Consideraciones sobre la conducta animal y humana, Planeta, Barcelona.
- 71- Mahieu, E. 1997. Henri Ey, 20 años después... Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría. Buenos Aires.
- 72- Mainetti, J. 1990. Homo Infirmus. Ediciones Quirón. Gonnet. Pág. 11.
- 73- Maruyama, M. 1997. The Second Cybernetics, Amer. Scient. 5: 164-179.
- 74- Maruyama, M. 1990. Mindscapes and science theories. Current Antrop.
- 75- Maturana, H. 1993. Fenomenología del conocer, Revista Tecnol. Educat.
- 76- Maturana, H. y Varela, F. 1992. De máquinas y seres vivos. Edit. Universitaria. Santiago de Chile.
- 77- Maturana, H. y Varela, F. 1990. El árbol del conocimiento, Debate, Madrid.
- 78- Morin, E. 1991. El Método I. La naturaleza de la naturaleza. Cátedra, Madrid.

- 79- Morin, E. 1993. El Método II. La vida de la vida. Cátedra. Madrid.
- 80- Morin, E. 1998. El Método III. El conocimiento del conocimiento. Cátedra. Madrid.
- 81- Morin, E. 1992. El paradigma perdido. Kairós, Barcelona. Pág. 61.
- 82- Munné, F. 1999. Entre el individuo y la sociedad. Biblioteca Universitaria de Ciencias Sociales. Barcelona.
- 83- Nagel, E. 1998. La estructura de la ciencia. Paidós. Buenos Aires.
- 84- Newton-Smith, W. 1982. La racionalidad de la ciencia. Paidós. Barcelona.
- 85- Ortiz Oria, V., Guerra Cid, L. 2002. Antropología, personalidad y tratamiento. Amarú Ediciones. Salamanca.
- 86- Pierce, C. 1986. La ciencia de la semiótica. Nueva Visión. Bs. As.
- 87- Poincaré, H. 1903. La science et L'hypothese, Flammarion, París.
- 88- Popper, K. 1979. El desarrollo del conocimiento científico. Conjeturas y refutaciones. Paidós. Buenos Aires.
- 89- Popper, K. 1982. Conocimiento objetivo. Tecnos. Madrid.
- 90- Popper, K. 1994. La responsabilidad de vivir. Altaya. Barcelona. Pág. 99.
- 91- Prigogine, I. 1986. Enfrentándose a lo irracional. Tusquets. Barcelona.
- 92- Prigogine, I. 1988. ¿Tan solo una ilusión?, Tusquets. Barcelona.
- 93- Prigogine, I. 1991. El nacimiento del tiempo. Tusquets. Barcelona.
- 94- Ricoeur, P. 1969. Les Conflits des Interprétations Essais d'herméneutique. Le Seuil, París.
- 95- Skinner, B. 1985. El conductismo. Planeta. Madrid.
- 96- Smirnov, S., 2000. La aproximación interdisciplinaria en la ciencia de hoy. Apostel, págs. 53-68.
- 97- Szasz, T. 1973. El mito de la enfermedad mental. Amorrortu, Buenos Aires.
- 98- Szasz, T. 1974. La fabricación de la locura. Kairós, Barcelona.
- 99- Tizón, T. 2000. Introducción a la epistemología de la psicopatología y la psiquiatría. Ariel, Barcelona.
- 100- Varela, F. 1989. Haciendo camino al andar. Kairós. Barcelona.
- 101- Varela, F., Thompson, E., Rosch, E. 1997. De Cuerpo Presente. Gedisa. Barcelona.
- 102- Vattimo, G. 1990. El Fin de la Modernidad: nihilismo y hermenéutica en la cultura postmoderna. Gedisa, Barcelona.
- 103- Vidal, G., Alarcón, R., 1986. Psiquiatría. Ed. Médica Panamericana. Bs. As.

- 104- Wagensberg, J. 1985. Ideas sobre la complejidad del mundo, Tusquets, Barcelona.
- 105- Wagensberg, J. 1990. Sobre la imaginación científica, Tusquets, Barcelona.
- 106- Watzlawick, P. 1971. Teoría de la comunicación humana. Tiempo Contemporáneo. Bs. As.
- 107- Watzlawick, P. 1986. ¿Es real la realidad? Herder. Buenos Aires.
- 108- Watzlawick, P. 1988. La realidad inventada. Gedisa. Buenos Aires. Pág. 54.
- 109- White, L. 1995. La ciencia de la cultura. Paidós. Bs. As.
- 110- Wiener, N. 1975. Cybernetics, MIT Press, Cambridge.
- 111- Wilden, A. 1979. Sistema y estructura, Alianza, Madrid.
- 112- Zaldívar Pérez, D. 1991. Alternativas en psicoterapia. Ed. Enpes, La Habana.

GLOSARIO

Acto psicoanalítico: intervención del analista en la cura, en tanto ella constituye el marco del trabajo psicoanalítico.

Antroposis: modo morboso de existir del hombre.

Aparato psíquico: esquematización de la estructura elemental y fundamental que formaliza el lugar del desarrollo de los procesos inconscientes.

Atención flotante: regla técnica a la que se atiene el psicoanalista y que consiste en no privilegiar, en su escucha, los elementos particulares del discurso del analizante.

Asociación libre: método constitutivo de la técnica psicoanalítica, según el cual el paciente debe expresar, durante la cura, todo lo que se le ocurre sin ninguna discriminación.

Ciencia idiográfica: ciencia que se ocupa del estudio de lo particular.

Ciencia nomotética: ciencia que se ocupa del estudio de lo general.

Ciencia natural: referido a las ciencias biológicas.

Ciencia cultural: referido a las ciencias sociales.

Ciencia heteróclita: ciencia que se vale de diversos procederes.

Ciencia heterológica: ciencia que se aplica a lógicas distintas.

Ciencia fáctica: ciencia que existe como hecho puro.



Compulsión a la repetición: proceso inconsciente, en el cual el sujeto se sitúa activamente en situaciones penosas, repitiendo experiencias antiguas.

Conciencia: cualidad momentánea que caracteriza las percepciones externas e internas, dentro del conjunto de los fenómenos psíquicos.

Conflicto psíquico: expresión de exigencias internas inconciliables, es decir deseos y representaciones opuestos, y más específicamente fuerzas pulsionales antagonistas.

Contratransferencia: conjunto de las reacciones inconscientes del analista frente al analizante.

Dasein: manera del hombre de estar-en-el-mundo.

Desarrollo: exponente de la continuidad histórico-biográfica.

Deseo: falta inscripta en la palabra y efecto de la marca del significante en el ser hablante.

Dualismo: sistema metafísico que admite en el universo dos sustancias o dos mundos irreductibles.

Ecología de las ideas: estudio de la relación entre el observador y lo observado.

Eidos: esencia del fenómeno psíquico.

Epistemología relacional: epistemología que se centra en la relación sujeto-objeto.

Estadio psíquico: cada uno de los grados de organización libidinal en el desarrollo del ser humano, que tienen un carácter topográfico (zonas erógenas) y un carácter objetal (elección de objeto).

Fantasma (o fantasía): representación consciente, preconsciente o inconsciente, que implica a uno o a varios personajes, y que pone en escena de manera más o menos disfrazada un deseo.

Forclusión: mecanismo específico de las psicosis, rechazo primordial de un significante fundamental.

Gnoseología: que se refiere a la crítica del conocimiento.

Hermenéutica: interpretación del sentido del discurso para que su comprensión sea posible.

Idealismo: teoría según la cual no hay objetos reales independientes del observador.

Imaginario: que procede de la constitución de la imagen del cuerpo.

Inconsciente: instancia psíquica fundamental del psicoanálisis constituida por elementos reprimidos, que ven negado su acceso a la conciencia.

Metaciencias: ciencias dentro de y sobre la propia ciencia.



Método explicativo: método que vincula lo psíquico con lo físico o biológico.

Método comprensivo: método que establece conexiones de sentido histórico-biográficas.

Mindscapes: tipos epistemológicos, los cuales pueden cambiar de persona a persona, de profesión a profesión, de grupo social a grupo social, de cultura a cultura.

Monismo: doctrina que no admite más que un solo principio, ahí donde otras admiten dos o varias.

Ontológico: que se refiere al ser en general.

Otro: lugar en el que el psicoanálisis sitúa al sujeto que, está capturado en un orden radicalmente anterior y exterior a él, del que depende aunque pretenda dominarlo.

Preconsciente: instancia psíquica que representa en el aparato psíquico un lugar intermedio entre la conciencia y el inconsciente.

Proceso: interrupción de la continuidad histórico-biográfica.

Psicodinámico: califica en el psiquismo lo constituido por el conflicto de fuerzas antagónicas.

Pulsión: proceso dinámico consistente en un empuje, que hace tender al organismo hacia un fin.

Pulsión de muerte: tendencia del aparato psíquico a volver al estado inorgánico.

Real: lo que la intervención de lo simbólico expulsa de la realidad, para un sujeto.

Realismo: teoría según la cual hay objetos reales independientes del observador.

Significante: elemento del discurso, registrable en los niveles consciente e inconsciente, que representa al sujeto y lo determina.

Simbólico: función compleja y latente que adhiere a la función del lenguaje y que incluye una parte consciente y otra inconsciente.

Tautológico: error lógico que consiste en presentar una repetición en términos diferentes como un desarrollo del pensamiento.

Teleológico: referido a las finalidades y a las significaciones de la conducta humana.

Transferencia: proceso en el cual los deseos inconscientes del analizante se actualizan en la relación terapéutica.

Este libro se terminó de imprimir
en el mes de mayo de 2010

Este libro intenta sentar las bases teóricas para la integración de las ciencias naturales y humanas, a partir de la construcción de una nueva epistemología que contemple la inclusión del sujeto en la generación del conocimiento científico. Responderse la pregunta sobre cuales son los supuestos que alimentan las explicaciones científicas es el camino elegido en estas páginas para lograr la antedicha integración.

