

Pacientes, síntomas, trastornos, organicidad y psicopatología

Esteban Ezama Coto¹, Yolanda Alonso^{*2} y Yolanda Fontanil Gómez^{*3}

¹Centro de Investigaciones Comunicacionales, Oviedo, España ²Universidad de Almería, España

³Universidad de Oviedo, España

ABSTRACT

Patients, Symptoms, Disorders, Organicism and Psychopathology. This article deals with the concept of “mental disorder” and its vicissitudes (including its classification and diagnosis), with the conventional concepts of *illness*, *disorder* and *symptom*, the alternative concepts of *failure*, *dysfunction* and *complaint*, and the organic, biological nature of psychical dysfunction. The aim of this report is to criticize openly the adoption of the medical concept of disease by psychopathologists and psychotherapists (or its soft version “disorder”) and to lead the reader to a perspective change by offering solid conceptual as well as practical alternatives.

Key words: psychopathology, mental illness, psychological diagnosis, biomedical model, constructivism.

RESUMEN

Se habla del concepto de “trastorno mental” y sus vicisitudes (entre ellas, su clasificación y su diagnóstico), de los conceptos clásicos de *enfermedad*, *trastorno* y *síntoma*, de los conceptos alternativos de *fracaso*, *disfunción* y *queja* y del carácter orgánico, biológico, de toda disfunción psíquica. El objetivo del trabajo es criticar abiertamente la adopción del concepto médico de enfermedad por psicopatólogos y psicoterapeutas (o la de su versión *light* trastorno) y de llevar al lector a un cambio de perspectiva, ofreciéndole alternativas sólidas tanto desde el punto de vista conceptual como desde el punto de vista práctico.

Palabras claves: psicopatología, enfermedad mental, diagnóstico psicológico, modelo biomédico, constructivismo.

El fuerte predominio del modelo biomédico, y el hecho de que la primera teoría psicoterapéutica importante (el psicoanálisis) fuera hija natural de éste, han hecho que la terminología propia de la medicina haya teñido profundamente no sólo la manera de llamar a las cosas sino también el esquema para pensarlas. Deténgase el lector un momento en la palabra “paciente”. Según el diccionario, *paciente* es aquél que recibe o padece la acción de algo. El término implica que hay un sanador que actúa sobre el sufriente como el cirujano actúa sobre el cuerpo que opera. Muchas psicoterapeutas han renunciado al uso de tal término y generalmente lo suelen sustituir por *cliente*, que

* La correspondencia sobre este artículo puede dirigirse a Yolanda Alonso, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Universidad de Almería, 04120 Almería, España. E-mail: yalonso@ual.es.

confiere a quien toma el servicio más grados de libertad y una posición más proporcionada ante la terapeuta (a lo largo del texto usamos indistintamente el masculino y el femenino como genéricos, refiriéndose ambos tanto a varones como a mujeres). Pero, con independencia de la adecuación semántica, eliminar *paciente* de la nomenclatura psicoterapéutica es para nosotras un paso ventajoso, porque es fundamental que se conciba a quien sufre por asuntos de salud mental no como un paciente sino como un *agente*. Los problemas que atienden los psicoterapeutas son el producto de la actividad psíquica de los sujetos, de modo que los sujetos son *agentes* de esos problemas, por más que sufran por ellos. Y, consecuentemente, el papel que tiene en la terapia la persona que consulta no es, en modo alguno, el de un suministrador ingenuo de información o el de un receptor pasivo de tratamientos, sino el de sujeto activo cuyas preferencias, propósitos, conocimientos y acciones son determinantes. Por todo esto, cuando nos referimos a las personas que solicitan la ayuda de una terapeuta, es decir, que le consultan, preferimos descartar la palabra “paciente” y, al igual que Beyebach (2006), sustituirla por “consultante”.

En la tradición sistémica se han venido utilizando las expresiones “portador del síntoma”, “paciente designado” o “paciente identificado” para expresar que la solución del problema no se ha de buscar en el cambio solitario de quien presenta los síntomas. Estas expresiones intentan además evitar que los *otros que cuentan* sean relegados (Jackson, 1957). Adscribir a alguien en la categoría de paciente supone afirmar que lo que está pasando es asunto exclusivo de la persona que señalamos como enferma. *Consultante* evoca a quien desea que ocurran cambios como resultado de su propio esfuerzo o de los esfuerzos de los demás, y no señala a *portadores de síntomas* o *pacientes designados*, que no siempre acuden a la consulta la primera vez y que en ocasiones ni siquiera pasan por ella (Weiss y Haertel-Weiss, 1991; Boscolo y Bertrando, 1996). *Consultante* tiene la ventaja añadida de ser independiente de quién sea la persona que presenta síntomas. Cuando hablamos de éstas últimas, y puesto que por razones que veremos enseguida también contemplamos con escepticismo el uso de la palabra “síntoma”, preferimos decir “protagonista de la queja”.

TRASTORNOS Y SÍNTOMAS

El uso del término “trastorno mental” tiene, sin duda, mayor trascendencia que el de “paciente”. *Trastorno mental* es el concepto más utilizado por los profesionales en la práctica, al tiempo que el oficialmente aceptado por los dictados de la *American Psychiatric Association* (2004) y la OMS (1992) a través del DSM y la CIE respectivamente. El primero lo usa disculpándose, y con la justificación de no haber encontrado otro mejor; pero es fácil ver que si se usa la palabra “trastorno” es porque se desearía poder usar la palabra “enfermedad”. Comparando los diferentes capítulos de la CIE se comprueba que la clasificación de los trastornos mentales sigue la misma rutina que la de las enfermedades venéreas o hepáticas. Es más, la diferenciación pragmática que hace el DSM entre el “trastorno mental” y la “enfermedad médica” es que “enfermedad médica” es todo lo que está en los capítulos de la CIE que no son el capítulo V (el dedicado a los trastornos mentales y del comportamiento), al tiempo que sus autores

reconocen ser hoy conscientes de que hay mucho de “físico” en los trastornos “mentales” y mucho de “mental” en los “físicos”. *Trastorno* resulta ser, en definitiva, un sinónimo de enfermedad con connotaciones algo más suaves (la Real Academia de la Lengua define *trastorno* como una “alteración leve de la salud”) y, habiendo recibido ya el diagnóstico de determinado trastorno mental, los consultantes suelen hablar con soltura de la *enfermedad* que padecen o de lo que la *enfermedad* del paciente les hace padecer...

Aunque pudiera dar esa impresión, rechazar los conceptos de “trastorno” o “enfermedad mental”, y con ello términos como “esquizofrenia”, “anorexia”, “depresión” o “trastorno por déficit de atención con hiperactividad”, no significa quitar importancia a los problemas que terminan así clasificados. Como defendimos hace años (Gómez Fontanil y Coto Ezama, 1986), que la medicina se ocupe de asuntos dolorosos no significa que todo lo doloroso y lo indeseable vaya a ser bien tratado con las ideas de la medicina (*vid.* González Pardo y Pérez Álvarez, 2007). Lo que se niega es la utilidad de estos términos más allá de la pura clasificación provisional (o administrativa) de lo que observamos (a veces ni siquiera eso: Bentall, 1998; Bentall, Baker y Havers, 1991; Bentall, 2006) y, sobre todo, se rechaza la deriva que proviene de igualar los problemas psicopatológicos a enfermedades. Muchas veces, los psicoterapeutas intentan integrar su trabajo en esta visión convencional para hacerse más creíbles, más aceptables para aquellos con los que tienen que trabajar; pero este intento de integración resulta muy costoso para quien busca ayuda, y un ritual vacío para quien quiere darla. No se trata de evitar el concepto de anormalidad ni de dejar de hablar de lo patológico, sino de buscar una concepción de la psicopatología que vaya más allá de los consensos o los códigos (profesionales o penales) y que reconozca a quienes sufren su estatus de agentes.

Si el término “trastorno mental” se cuestiona pocas veces, aún se critica menos el de “síntoma mental”. *Síntoma* es en medicina la manifestación subjetiva de una enfermedad, siendo el *signo* la manifestación objetiva. Los síntomas son necesarios para el quehacer médico, a pesar de que nuestra medicina convencional encara la enfermedad poniendo al sujeto entre paréntesis y dándole un tratamiento de objeto. La información que da un síntoma proviene en realidad de dos sujetos: de aquél que informa y de aquél que interpreta la información presuponiendo la honestidad del informante. En el más simple de los casos, la información que da un signo procede de un solo sujeto: el que distingue la pupila dilatada o el silbido del pulmón con el fonendoscopio. El ideal de la medicina moderna es que la paciente no tenga nada que decir, que la médica y sus ayudantes no necesiten escucharla. La persona enferma es un mecanismo averiado, “un páncreas” o “una columna” o “un apéndice”. Del mismo modo, los síntomas que figuran en la clasificación de los trastornos mentales pretenden remitirnos a otras averías, de la mente para unos y del cerebro para otros (esto último cuando se defiende que lo mental es un mero producto del funcionamiento cerebral, o cuando la psicoterapeuta concluye que sus habilidades no dan para más y que el mal ha de ser orgánico). Por su parte, la psicofarmacología, carente de otro modelo teórico que organice sus conocimientos, basa su nosología en listados de síntomas que expresan supuestos desequilibrios neuroquímicos. Este proceder ha sido señalado en no pocas ocasiones como un artificio al servicio del *marketing* farmacéutico, dada la sospechosa pero frecuente coincidencia

entre la atención sobre ciertos síntomas o combinaciones de síntomas y la aparición en el mercado de productos químicos que regulan los desequilibrios de los que esos síntomas son expresión (por ejemplo, Blech, 2005; Mosher, Gosden y Beder, 2006; González Pardo y Pérez Álvarez, 2007). Así las cosas, desvincular el concepto de síntoma de la psicopatología no será fácil, con todo, nosotros proponemos en apartados posteriores la “queja” como alternativa.

ORGANICIDAD

Estamos de acuerdo con el DSM IV en que distinguir trastornos mentales de trastornos físicos es un anacronismo superviviente de la tradición cartesiana, todavía profundamente arraigada, que considera al ser humano como compuesto por dos naturalezas distintas que se juntan en algún lugar (Descartes propuso la glándula pineal). Pero también es cierto que el DSM IV no da ni la menor indicación de cómo afrontar el problema. La historia del dualismo mente-cuerpo está llena de intentos de eliminación y de fracasos. El dualismo es un modo de pensar tan tradicional e incorporado a la vida diaria que lo difícil es dudar de él: tenemos un cuerpo, sujeto a las leyes de la física, y tenemos un espíritu, alma, mente o psique cuyo funcionamiento está sujeto a otras leyes diferentes. Los problemas de mantener la existencia de estas dos naturalezas llegan en seguida, al intentar, por ejemplo, asignar circunstancias a una u otra. ¿Sonrojarse es mental o físico? ¿Bostezar es psicológico o fisiológico? ¿Es del dominio de lo *conductual*, del de los actos intencionales, con significado, que buscan cambios, o de lo *aconductual*, del de los actos no intencionales, de naturaleza puramente neurofisiológica, que remiten a un estado del organismo, como se preguntaba Castilla del Pino (1980)? ¿Y la eyaculación precoz? ¿Y cualquiera de ellos si se ha aprendido a producirlos como se aprende a ralentizar los latidos cardiacos?

En la primera mitad del siglo XX, estos problemas (como casi todos los de la psicología clínica) estuvieron fundamentalmente en manos del psicoanálisis. Alexander (1950) trató de resolverlos sin eliminar el dualismo, declarando la existencia de una nueva categoría de enfermedades, las psicósomáticas, en las que lo psíquico *causa* la enfermedad de modo similar a como la causaría un germen (Alonso y López Ríos, 2002). Pero esto no resolvió el problema sino que nos enfrentó con otro igualmente difícil: ¿cómo tiene lugar esa conexión causal? ¿En qué consisten y cómo funcionan las conexiones entre lo psíquico y lo corporal? Los intentos de responder a esta pregunta han recorrido, a lo largo de la historia de la psicología, todas las posibilidades imaginables: desde entender que lo psicológico emana de lo físico, hasta entender que todo es mental, que las cosas son ideas, pasando por pensar que llevamos dos vidas paralelas, la mental y la física, y que no están conectadas entre sí sino que covarían respondiendo a cambios externos (*vid.* Fernández *et al.* 2003; Popper y Eccles, 1980; Bunge, 1980; Alcocer Urueta, 2005). Pero explicar las conexiones mente-cuerpo es un problema sin solución, porque éstas no pueden pertenecer ni a un ámbito ni al otro. Finalmente, el recorrido oficial de esta vieja controversia ha devenido en una solución de compromiso, el afamado *modelo bio-psico-social* (Engel, 1977), según el cual los asuntos del cuerpo, de la mente y los socioculturales se ponen juntos, simplemente,

y a un mismo nivel, de forma que todos los participantes en la discusión puedan ser debidamente escuchados (Alonso, 2004, 2009).

El problema de las relaciones entre la mente y el cuerpo es viejo y esquivo. Nuestra posición es que tanto decir que la fisiología causa la conducta (como por ejemplo, cuando se asegura que la causa de los síntomas de la esquizofrenia es una función dopaminérgica anormal), como decir que lo mental causa lo físico (como cuando se dice que la causa de la angina de pecho es la tristeza por la muerte del ser querido) son afirmaciones absurdas. No es que sean falsas ni verdaderas, es que *no son pertinentes*.

¿Cómo se relacionan la mente y el cuerpo?

Para entender las relaciones mente-cuerpo nos serviremos de un ejemplo, una muestra, en realidad, del tejido del que están hechos la una y el otro. La distinción y la relación entre ambos va en paralelo con la conexión entre una conversación y las oscilaciones del aire que nos permiten oírlos, donde, a efectos de nuestra comparación, la conversación es lo mental y las vibraciones lo físico. ¿Tiene sentido decir que las palabras *causan* las oscilaciones que registramos y examinamos como ondas sonoras? Evidentemente, no. Las ondulaciones son causadas exclusivamente por los movimientos de las cuerdas vocales y la resonancia de la cavidad bucal. Pero, ¿*causan* esas ondulaciones las palabras de la conversación? La palabra “causar” resulta aquí muy extraña. La razón es que palabras y vibraciones pertenecen a *órdenes de cosas distintos*, y un esquema de causas y efectos sólo tiene sentido dentro del mismo orden. Las ondulaciones del aire, por ejemplo, pueden ser tan intensas que causen la rotura de una copa de cristal. Pero ni las palabras causan vibraciones en el aire ni las vibraciones del aire causan palabras. Según esto pues, tampoco es pertinente decir que trabajar demasiado causa un infarto o que los niveles alterados de dopamina son la causa de alucinaciones o conductas desorganizadas.

¿Y qué *órdenes de cosas* son esos? Probemos a sustituir “causan” por “consisten en” y veamos cómo se entienden las frases. Si decimos que las palabras *consisten en* vibraciones del aire, sigue sonando extraño, pero si interpretamos la expresión como equivalente a “las palabras *no son más que* vibraciones del aire” ya no lo es tanto porque nos lleva a una idea reduccionista bastante corriente, como afirmar que los procesos psicológicos no son en definitiva más que química. Si decimos que “las vibraciones *consisten en* las palabras que distinguimos”, o que “las vibraciones del aire *no son más que* palabras” nos topamos con algo mucho más extraño; pero también mucho más interesante, porque la frase sí puede tener sentido... pero sólo si metemos un sujeto en la escena. “Para Rosa, las vibraciones del aire no eran más que palabras” o, mejor aún: “Para Rosa, las vibraciones del aire que el aparato registraba no eran más que palabras. Lo que había grabado era una conversación”. Es decir, las vibraciones son palabras cuando entra en juego el trabajo de un sujeto que las distingue como especímenes de una categoría concreta de sonidos. Cuando una persona intenta hacerlas llegar a la habitación vecina con un cordel y dos vasos de papel, las palabras consisten en vibraciones. Tiene que tratarlas como tales para tener éxito. Pero las vibraciones consisten en palabras para una persona cuando puede distinguir sonidos concretos

en los cambios que el aparato registra, en estos sonidos, palabras, y en éstas, frases organizadas como sucesiones de intervenciones de dos o más hablantes. La expresión “consistir en” nos ayuda a ver la necesidad de un sujeto, de un organismo para el que las vibraciones resultan distinguibles, primero como sonidos, luego como palabras, luego como frases, luego como conversación... Un sujeto que en las luces y los colores de la pantalla de un ordenador (otra clase de vibraciones) ve *la misma* conversación, que se ha transcrito con la ayuda de un programa que reproduce las operaciones previstas por varios programadores e ingenieros. Para entender en qué consisten las vibraciones hay que distinguir, recordar, conocer, conjeturar... Cuando las vibraciones ya han sido distinguidas e interpretadas ya podemos decir que son los elementos físicos en los que consiste la conversación, pero sólo porque los hemos considerado desde el punto de vista de la función que desempeñan para que la conversación sea posible. No hay una relación causal entre vibraciones y diálogo, sino una *relación funcional* (una relación de “servir para”).

El lugar de la física y la química

Podemos reducir lo que ocurre en un organismo a física y química o, mejor dicho, podemos limitar nuestro estudio a lo físico y lo químico que ocurre en un organismo. Pero sólo un punto de vista ajeno a la física y la química, el punto de vista funcional, nos permitirá entender qué partes de lo que estudiamos son relevantes y cuáles no. Qué es ruido y qué palabras. Qué es lo que hace de una molécula un neurotransmisor: no su composición química, sino la función que cumple en el sistema nervioso, igual que lo que hace de la extremidad superior de un murciélago un ala no es su estructura anatómica, casi idéntica a la de nuestra mano, sino su función. Sólo poniendo *paraqués* podemos convertir la física en fisiología. Conociendo la fisiología de un organismo sabemos de qué manera alterar su física o su química para que la función sea posible (o imposible), pero ni la física ni la química *causan* la función. La función ya estaba allí. Si estudiamos un mecanismo en vez de un organismo sabemos que la función la han puesto sus diseñadoras y que, si el mecanismo no está estropeado, las series causales físico-químicas han de llevar a un resultado elegido, a un paraqué (*vid.* Fernández *et al.*, 2003). Pero si se trata de un ser vivo, la función la hemos de atribuir o bien a un Diseñador Supremo (Dios, la Naturaleza...) o bien a la actividad del propio organismo y a la de sus antecesores. Sea el ser vivo que sea, esa actividad le hace en algún grado un semejante nuestro, pues es capaz de hacer distinciones, de reaccionar ante lo presente como si fuese algo ausente, de recordar, preferir y decidir. Le hace un *alguien*, en definitiva.

Cuando aplicamos un criterio funcional estamos situándonos en un punto de vista, no partiendo de conocimientos diferentes. No hay una funcionalidad fisiológica y otra psicológica: la funcionalidad resulta de organizar los sucesos que estudiamos en términos de medios y fines. La fisiología se ocupa de estudiar cómo se componen físicamente los procesos que dan lugar a esos sucesos. Y si no se limita a la Biofísica o Bioquímica, entonces la fisiología hace algo más: estudia la coordinación entre agentes, limitados, pero agentes al fin. La analogía entre un país y un organismo es exagerada pero no es

un sinsentido. Cuando se dice por ejemplo que las células cancerosas utilizan estrategias para invadir los tejidos vecinos no es que se pretenda hacer literatura divulgativa, es que para entender lo que sucede no hay más remedio que pensar *como si* las células intentasen cosas. Ese “como si” se puede quedar en una actitud del investigador, la actitud intencional de Dennett (2004), o llevar a la afirmación de que las células no son cosas (autómatas como insinúa Dennett), sino agentes. Mucha fisiología es bioquímica guiada por criterios psicológicos y biológicos (funcionales), pero otra mucha es, en realidad, una especie de micro-zoología, micro-etología o psicología de unicelulares: las bacterias atacan, los virus invaden, los linfocitos defienden, etc. En muchos casos no es que la fisiología ponga entre paréntesis al sujeto sino que lo disgrega en billones de sujetos que se coordinan para dar lugar a un sujeto mucho más grande, igual que, de alguna manera, la coordinación de decenas de miles de termitas hace un termitero incesantemente reconstruido, alimentado y defendido por individuos.

La Física se ha construido como disciplina eliminando los propósitos, los conocimientos, las preferencias, las decisiones o la memoria (todo lo que sólo caracteriza a los seres vivos). Ha progresado eliminando conjeturas tales como las “apetencias” del agua, las “estrategias” del fuego o la “tozudez” del acero. Negando, por ejemplo, que las tormentas sean “astutas” o “rencorosas”. Todo lo que no se ha descartado por superfluo ha servido para construir, a lo largo de los siglos, conocimientos y artefactos. Gracias a ellos se dan explicaciones físicas y se hacen predicciones que nos resultan útiles, económicas y productivas, más que las derivadas de explicaciones animistas, por ejemplo, que las fuerzas desatadas de la naturaleza sean castigos. Por esa razón seguiremos recurriendo a conocimientos físicos para predecir el tiempo y el clima, y seguiremos entendiendo que las corrientes marinas o las tormentas solares carecen de propósitos, recuerdos o planes. La física (al igual que la química) es muy eficaz cuando se trata de explicar y predecir sucesos y ocasionarlos.

Si se aplica la física para transformar seres vivos sigue siendo efectiva en algunos aspectos. Se puede destruir un ser vivo con los mismos principios que a un objeto o a un cadáver. Se le puede transformar de muchas maneras sin necesidad de considerarle *sujeto*, de la misma forma que se revela innecesario considerar sujeto a la arcilla. Los seres vivos comparten algunas características con los objetos inanimados. Se puede calcular la energía necesaria para que una bala atraviese a un gorila con los mismos métodos con que se calcula para un bloque de gelatina, y se puede analizar la composición química de una lagartija de la misma forma que la de una mancha de petróleo. Pero ¿qué ocurriría si un equipo de especialistas en física y química pretendiese explicar su propio quehacer científico recurriendo exclusivamente a los métodos y a los conocimientos de la física y la química? La respuesta es que una parte muy considerable de lo que hiciesen sería inexplicable, porque para hacer física y química hay que identificar, recordar, preferir, conversar, conjeturar, escribir, decidir, planear, predecir, colocar... Y muchas otras cosas que no caben en el vocabulario de esas disciplinas. Podrán estudiar la mecánica de la escritura, la acústica de la conversación o la química del recuerdo, pero ni los procedimientos de la Física ni los de la Química les dirán qué es escribir, conversar o recordar. Podrán examinar los procesos físico-químicos que son usados cuando planean o conversan y podrán alterar esos procesos de modo que la conversación

o la planificación resulten imposibles; pero no podrán predecir cuánto va a durar la charla (“Vale. A las tres nos vamos”) o qué palabras se van a pronunciar en el próximo minuto (“Voy a leerlos la lista del trabajo para hoy”). Con física y química se pueden facilitar u obstaculizar las actividades de los organismos, pero no se pueden entender ni transformar de la forma que muchas veces nos interesa. Es esta la imposibilidad que Kant expuso en la *Critica del Juicio* y que le llevó a proponer una ley de causalidad teleológica, necesaria para complementar la de la Física de Newton, cuando se trata de estudiar a los seres vivos. Hoy en día no apelamos a causas finales o a la idea de Dios para explicar a los seres vivos; pero a cambio hemos adoptado de forma más o menos explícita la visión de Darwin, que ha hecho de todos los seres vivos nuestros semejantes y nos los ha presentado luchando por la vida, compitiendo e ingeniándose las para conseguir sus propósitos. Como señala Loredo Narciandi (2005):

El darwinismo... plantea la exigencia de que, rompiendo la barrera kantiana entre naturaleza (animal) y libertad (humana), todos los animales sean considerados como sujetos, esto es, como agentes capaces de conocimiento. Sin la “agencialidad” de los animales, sin su actividad, ni siquiera se entiende el funcionamiento de la selección natural ni, por tanto, la evolución, puesto que la selección natural requiere la adaptación diferencial a través de la competencia, la colaboración y las elecciones cotidianas de los organismos (p. 3).

Siguiendo a Kant podemos ver como actividad psíquica y procesos físico-químicos *son aspectos o construcciones de la realidad diferentes*. Que en el nivel de la física hay causas y efectos, pero que en ese nivel los sujetos desaparecen, porque no se pueden distinguir sus operaciones y sus estrategias, igual que desaparecen de nuestro estudio las palabras si analizamos físicamente el registro de una conversación como secuencias de oscilaciones. Como establece Fernández Rodríguez (1988), en una discusión a propósito de las interpretaciones mecanicistas de la teoría de la selección natural, si nos ponemos las gafas de ver física dejamos de ver no sólo al sujeto sino al propio organismo:

Cuando se coloca uno en el plano de las relaciones causales, físicas, sin aceptar otro tipo de relaciones como las psicológicas, la propia idea de “organismo” y la correlativa de “medio” desaparecen (p. 32).

Otro tanto ocurre con el criterio de anormalidad. Según afirma George Canguilhem (1971), médico, fisiólogo e historiador de la ciencia francés:

Si el análisis fisiológico de funciones separadas sabe que está en presencia de hechos patológicos es porque se lo debe a una información clínica previa, porque la clínica pone al médico en relación con individuos completos y concretos, y no con órganos o con sus funciones. La patología, ya sea anatómica o fisiológica, analiza para conocer mejor, pero sólo puede saber que es patología, es decir estudio de los mecanismos de la enfermedad, porque recibe de la clínica esa noción de enfermedad cuyo origen tiene que ser buscado en la experiencia que los hombres tienen de sus relaciones de conjunto con el medio ambiente (p. 61 de la edición en castellano).

(...) “normal” y “patológico” no tienen ningún sentido en la escala en que el objeto biológico es descompuesto en equilibrios coloidales y en soluciones ionizadas (p. 79).

Es decir, cuando a la fisiología se la ve como estudio fiscalista de los procesos orgánicos, el propio organismo se esfuma, y con él los criterios para hablar de normalidad y patología. No hay solución de continuidad entre el cuerpo y lo que le rodea. Sabemos que hay un cuerpo por criterios externos a la física o la química, por criterios prácticos y a la postre por criterios psicológicos, que dan cuenta de los aspectos prácticos de la actividad de los organismos. Son precisamente las estrategias psicológicas (las ideas psicológicas de *obstáculo para la consecución de una meta*, o de *preferencia*, por ejemplo), que no tienen cabida ni en el lenguaje de la Física ni en el de la Química, la base respecto a la cuál algo se define como organismo o algo como patología. La fisiología molecular sólo es posible (es decir, sólo se salva de la disolución de su objeto de estudio en la continuidad físico-química que no distingue entre lo que está contenido por la piel y lo que está fuera de ella) gracias a un continuo retorno a la lectura psicológica de los procesos físico-químicos. Es decir, a una identificación permanente de las secuencias de acontecimientos físico-químicos como “soportes” de procesos psicológicos:

(...) Las funciones psicológicas son las secuencias de estrategias que los organismos establecen en el uso de los mecanismos causales físicos y fisiológicos... El sujeto psicológico *es* la secuencia de las estrategias orgánicas. A través de ellas se define como sujeto y define frente a él los objetos... (Fernández Rodríguez y López Ramírez, 1990: 94 y 95).

La parte “mente” de la dicotomía “mente-cuerpo” no es algo mental o espiritual, sino una secuencia sin fin de actividades y estrategias que *son orgánicas*, no inmateriales.

La biología de los trastornos

Todas las actividades de un organismo, habituales o casuales, planificadas o imprevistas, exitosas o fracasadas, deseables o indeseables, conllevan cambios fisiológicos. Toda actividad se realiza mediante el cambio físico-químico del agente y de lo que le rodea. Tan orgánica es la eutimia como la distimia, la solución genial como el delirio florido, la ensoñación reconfortante como la alucinación aterradora. No hay no-organicidad. Decir que una alteración fisiológica es responsable de la actividad indeseable de un organismo es en realidad decir que se ha identificado un proceso fisiológico cuya alteración se observa siempre que se observa la actividad indeseable en cuestión. Pero otro tanto cabría argumentar respecto a una actividad deseable. Pretender que hay trastornos orgánicos y trastornos que no lo son es un sinsentido. Todos son orgánicos, todos son biológicos. Es decir, todos son parte de la actividad de un organismo con memoria, preferencias, propósitos y capacidad de prever y elegir. No hay éxitos no biológicos ni fracasos no biológicos ni trastornos mentales no biológicos. Pero tampoco hay biología exclusivamente molecular. Cuando se deja de pensar en términos de funciones, propósitos, errores o éxitos tampoco hay biología ni nada que merezca el nombre de fisiología.

Para describir de forma precisa la fisiología de un trastorno es necesario caracterizar de forma precisa las actividades (exitosas o fracasadas) a las que el trastorno

se refiere. Necesitamos saber cuál es el propósito de la actividad (qué quiere hacer el organismo), cuáles son los pasos o los logros intermedios que requiere la estrategia que se está usando para ese propósito, cuáles son los criterios de corrección, de éxito o de fracaso, tanto de cada paso como de todo el conjunto, etc. Sólo así podemos conocer la fisiología de la actividad trastornada: caracterizando los procesos fisiológicos que se producen con ella y comparándolos con los que se producen con la actividad equivalente no-trastornada. Pero para hacer esta comparación, necesitamos empezar por asegurarnos de que, cuando estudiamos distintas muestras de una actividad trastornada, los sujetos están realizando efectivamente *la misma actividad*, es decir, una actividad que sigue la misma estrategia y persigue el mismo fin. Tomemos un ejemplo de actividad “trastornada”: una muchacha en extremo delgada que valora su imagen desproporcionadamente ante un espejo. Dependiendo de *dónde* esté el espejo, de *qué momento* sea y de *quién* esté observando, la muchacha puede estar haciendo cosas diferentes. Sin ir más lejos, puede estar admirando su propia fuerza de voluntad con objeto de darse ánimos para seguir ayunando, o puede estar intentando convencer a su madre o a una enfermera de que ha engordado ya para que la dejen tranquila. Siempre hay que partir de una caracterización de la actividad suficientemente detallada como para que se pueda saber que el sujeto A está haciendo lo mismo en el momento 1 y en el momento 2, en el momento 3 y en el momento 4. Que se pueda saber también que el sujeto B está haciendo lo mismo que el sujeto A en el momento 5 y lo mismo en el 6, 7 y 8. Cuanto más vaga sea la descripción de la estrategia, más imprecisos serán los conocimientos acerca de los procesos fisiológicos que la componen. Van Praag (1997) argumenta de forma similar cuando dice que para poder encontrar los correlatos fisiológicos de los trastornos es condición necesaria que su definición (o su diagnóstico) sea precisa. Muy al contrario, algunos trastornos se definen (o se diagnostican) por cumplirse bien unos síntomas o bien otros diferentes de una larga lista. El estudio del correlato fisiológico de un fenómeno definido de forma inexacta no sólo es tremendamente difícil sino también disparatado.

En la investigación fisiológica podemos llegar a identificar pautas comunes a muchos sujetos, pero eso no cierra el asunto. Actividades funcionalmente equivalentes se pueden componer mediante procesos físico-químicos diferentes. Se puede escribir con una prótesis, oír con un implante coclear o conversar con lenguaje de gestos. También esos procesos son biológicos y aunque las herramientas sean insólitas, la actividad es equivalente. Y siguiendo esta línea cabe pensar que un proceso fisiológico poco común puede componerse y componer una actividad común: ocurre de continuo cuando, ante una lesión, un grupo de neuronas cerebrales asume de forma inusual las funciones de sus vecinas muertas. Biológico u orgánico no quiere decir “común” o “general”: Tan orgánico es lo común como lo extraordinario, lo deseable como lo indeseable. Y, en cualquier caso, a la hora de investigarlo, la caracterización de la actividad siempre va por delante.

Si todo lo que hacemos cambia nuestra fisiología, y si nuestra fisiología es parte de las herramientas que hacen posible lo que hacemos, no hay nada definitorio en que un trastorno mental esté acompañado por una alteración fisiológica. No puede ser de otra manera. Esto no nos puede llevar a la conclusión de que el trastorno mental tiene su origen en la alteración con más seguridad que a la conclusión contraria: que la

alteración tiene su origen en las actividades que nos llevan a diagnosticar el trastorno mental (González Pardo y Pérez Álvarez, 2007). Unas veces algo ajeno a la composición fisiológica de nuestra actividad (un veneno, por ejemplo) altera el organismo de modo que enfermamos, pero otras es lo que hacemos para conseguir nuestras metas lo que crea obstáculos porque transforma desfavorablemente nuestros procesos fisiológicos (*vid.*, el concepto de *carga alostática* en Vingerhoets y Perski, 1999).

Todo lo que hacemos altera los procesos fisiológicos, aunque no estemos acostumbrados a pensarlo así. La fisiología con la que uno cuenta en un momento concreto tiene que ver con las actividades que uno ha realizado con anterioridad. El cerebro de una espectadora no será el mismo al salir del cine si ha visto *Tienes un e-mail* o si ha visto *El mito de Bourne*. El cerebro y el resto del organismo se transforman de continuo, aunque más radicalmente con unas actividades que con otras y a unas edades que a otras, y cada transformación puede tanto facilitar como dificultar actividades futuras. El organismo transformado y el medio transformado, en poco o en mucho, son los instrumentos disponibles para las nuevas actividades, de modo que tanto pueden favorecer como dificultar lo que se vaya a hacer después. Algunas de esas transformaciones las podemos llegar a identificar como enfermedades (una cirrosis hepática, una úlcera de estómago...) y a tratarlas eficazmente poniendo entre paréntesis al sujeto, considerándolo un objeto. A veces la puesta entre paréntesis no es tan efectiva y se requiere "cambiar de vida" como parte del tratamiento. Hay muchos más medios para cambiar la fisiología de un organismo que la administración de fármacos o la intervención quirúrgica. "Tiene que cambiar usted sus hábitos" (tomarse un tiempo de descanso a medio día, hacer ejercicio, renunciar a ese trabajo...) es el tímido reconocimiento de ese hecho (*vid.*, Sterling, 2004).

La fisiología de las actividades conjuntas

Por otro lado, las actividades psíquicas de los seres humanos (como ocurre en todas las especies sociales) son sobre todo actividades con otros sujetos. Muchos de nuestros desempeños vitales conllevan no tanto (o no sólo) un conocimiento acerca de los objetos inanimados y de cómo disponerlos y transformarlos (son lo que llamamos procedimientos de *hacer*), sino conocimientos acerca de otros sujetos, puesto que el éxito de lo que hacemos depende de las acciones de otras personas. Son los procedimientos de *hacer hacer* (algo a alguien), *acciones comunicativas*, en las que los resultados de uno dependen de los recursos de otros. Son, en realidad, acciones con dos o más agentes que alcanzan gran complejidad cuando el sujeto no sólo prevé las preferencias, habilidades, experiencias y propósitos del destinatario de la acción comunicativa, sino además su *artificiosidad*, es decir, su capacidad de hacer a su vez esa misma clase de previsiones y, por eso, su capacidad de mentir o engañar (*vid.*, Gómez Fontanil y Coto Ezama, 1988 y 1989). La interacción con otros obliga no sólo a la previsión de las estrategias ajenas, sino a la previsión de la previsión que hace el compañero, o el competidor, de las estrategias propias. Es decir, obliga a manejar, una "imagen de sí mismo para los otros" cuya adecuación decide el éxito o el fracaso de cada interacción. La mayor parte de lo que hacemos los humanos consiste en procedimientos de *hacer*

hacer. No hay exageración en decir que *las actividades psíquicas de los seres humanos son en su mayoría actividades colectivas*, hasta el punto de que también en solitario actuamos con nosotros mismos como si actuásemos con y para otros (Vygotsky, 1979; Goffman, 1959).

Si miramos hacia la fisiología desde este punto, podemos afirmar que las actividades de una persona tendrán repercusiones en sus actividades futuras tanto por los cambios que producen en su propio organismo como por los cambios que producen en los organismos de los sujetos con los que ha interactuado. También, que usar un procedimiento para realizar una tarea nos puede impedir tener éxito al usar otros después, de manera que el intento de realizar un propósito puede acarrear un fracaso en otra meta. Enfadarse y golpear sobre la mesa puede ser eficaz cuando es necesario acabar una tarea inaplazable y se está rendido por el cansancio, aunque ello suele tener como contrapartida el deterioro de la relación con los compañeros de equipo, a los que es mucho más fácil ofender cuando uno se dispone agresivamente. La vida cotidiana tiene una “arquitectura funcional”, y el intento de alcanzar nuevos objetivos con nuevas estrategias puede representar un obstáculo adaptativo tan importante como las anormalidades fisiológicas o los cambios en el medio. Las estrategias nuevas dependen de las ya adquiridas e imponen una limitación económica a los sujetos que interactúan rutinariamente en un colectivo: deben ajustar sus soluciones de manera que no interfieran, o que interfieran lo menos posible, con las estrategias que ya poseen. Si quisiéramos estudiar desde la fisiología esa arquitectura funcional de la vida cotidiana de una persona, tendríamos que examinar la organización no de un solo sistema nervioso sino la de los sistemas nerviosos de varios organismos que interactúan de modo habitual, y en el estudio también tendríamos que incluir procesos inorgánicos (aire, luz, ondas acústicas...) organizados por la acción de los organismos que interactúan y alterados por otros procesos físicos y químicos que no llegan a controlar (ruidos, sombras...).

NORMALIDAD Y DISFUNCIÓN

Recuerda Canguilhem (1971) que “normal” viene de la palabra latina norma, y que la *norma* era el artilugio que permitía evaluar la horizontalidad o la verticalidad de un suelo, una pared o una columna (el equivalente de las reglas con niveles de burbuja o de los niveles láser que usamos en la actualidad). Esa “norma” (el nivel de burbuja o el plomo suspendido de un hilo) suministra un criterio importantísimo para juzgar la viabilidad de una construcción. Lo excesivamente “anormal” complica considerablemente la construcción y la pone en peligro. La columna no aplomada pone en riesgo la estabilidad de lo que se construye apoyándose en ella. “Eso no es normal, se va a caer” expresa bien la idea que creemos que debe tener lo *normal* y lo *anormal* en Psicopatología. Lo anormal es la actividad “mal asentada”, la que compromete la arquitectura funcional de la vida de una persona o de un colectivo de personas. Definimos la anormalidad a partir de “las actividades contrariadas”, *basándonos en los fracasos en vez de en los síntomas*. Si además, como ya hemos visto, las actividades psíquicas no son sólo las de un individuo sino también las conjuntas con otros, tenemos que la anormalidad puede ser tan individual como colectiva.

Desde esta posición podemos proponer un sustituto para el concepto de trastorno mental en los cimientos de la Psicopatología y de la Psicoterapia. Es el concepto de *disfunción*. Definimos disfunción como *la situación en la que se reitera el fracaso de una o varias estrategias a consecuencia del ejercicio de otras estrategias (fracasadas ellas mismas o exitosas)* y entendemos que *las disfunciones son tanto más graves cuantas más actividades de la persona o del colectivo comprometen*. Las disfunciones pueden tener como origen tanto fracasos sistemáticos en actividades “modulares” que no han logrado acomodarse a condiciones de vida cambiantes, como fracasos en actividades nuevas para las que no se ha construido aún una estrategia eficaz. Y también pueden tener su origen en *conflictos*:

(...) Un conflicto existe cuando ocurren actividades incompatibles. Una actividad incompatible impide o interfiere con la ocurrencia o efectividad de una segunda actividad. Estas actividades pueden tener su origen en una persona, entre dos o más personas o entre dos o más grupos (Deutsch, 1973).

El riesgo de la anormalidad, es decir, de la actividad fallida o “mal asentada”, es el fracaso no sólo de una actividad en concreto sino la de la “arquitectura funcional” de la vida de las personas. Es a esto a lo que llamamos *disfunción*.

El principio fundamental de nuestra propuesta es que la Psicopatología y la Psicoterapia no se ocupan de síntomas, sino de fracasos. Pero también partimos de que las personas no permanecen indiferentes ante el fracaso y que actúan para evitarlo. En consecuencia, en la génesis de todo problema psicopatológico siempre se encuentran dos clases de estrategias: (1) las que dan lugar a los fracasos iniciales y (2) las estrategias correctoras que se emprenden para intentar paliar las consecuencias de las primeras. Muchas de esas estrategias correctoras se organizan como acciones comunicativas, como estrategias de hacer hacer a otros sujetos o a uno mismo. Ni que decir tiene que algunas de esas acciones correctoras se pueden convertir en motivos de queja para otras personas y para uno mismo, de modo que dan lugar a que se emprendan nuevas acciones correctoras, etc. Esta idea de “malla de problemas” de la que forman parte los intentos de solución no es nueva. Frankl (1956) llama la atención sobre el círculo vicioso “neurótico”, que no resulta de lo que funciona mal, sino del exceso de atención y de reflexión sobre lo que nos disgusta o no funciona. Una de las asunciones de la llamada “terapia estratégica” del *Mental Research Institute* es que los problemas están constituidos mayormente por soluciones intentadas y fallidas, que se incorporan al problema empeorándolo o cronificándolo (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1976). La idea está incluida también en el concepto de “evitación experiencial”, un patrón de evitación de pensamientos y emociones aversivos que lejos de librarnos del malestar, consigue más bien que el problema se extienda (Luciano y Hayes, 2001).

El concepto de *disfunción* ofrece muchas ventajas. Mientras que para diagnosticar en base a los DSM o C.I.E. se debe apelar a criterios de valor que no necesariamente coinciden con los de las personas que se quejan (o de las que se quejan), el “diagnóstico” de una disfunción se hace examinando las valoraciones que hacen los propios consultantes de las consecuencias de sus acciones. El fracaso genera las disfunciones porque los resultados de lo que los sujetos hacen no les resultan tolerables. No es

necesario acudir a ningún consenso de profesionales para decidir si una actividad es disfuncional o no. Lo que la hace disfuncional es que interfiere de manera cada vez más amplia con otras actividades que un sujeto o sus otros significativos desarrollan. Las disfunciones no pueden aislarse de las actividades de una comunidad de actores ni tampoco de la cultura que esos actores producen y reproducen. No pueden desligarse de los problemas previstos por una comunidad y de las soluciones preferidas por la cultura de esa comunidad. Que ciertos sucesos sean calificados como intolerables tiene que ver con las preferencias que las personas tienen por ciertos estados de cosas. Tiene que ver con las metas que cada sujeto intenta alcanzar: calificaciones escolares, muestras de cariño, respeto, admiración, caricias, regalos, dinero, sonrisas, etcétera. Que un suceso sea aceptable o no viene marcado por un sistema de preferencias personal, familiar y cultural. Es la tradición de una comunidad, un grupo, una línea familiar o una familia, la que, al mismo tiempo que lega los valores, marca las tareas y proporciona los procedimientos que las personas tienen que reconstruir para resolverlas. La cultura consiste en los procedimientos y valores que son reconstruidos regularmente por los individuos en el curso de su interacción con los integrantes de su comunidad, y con ella están hechas las disfunciones.

Quejas y trastornos

Siguiendo a De Shazer (1990), muchas psicoterapeutas hemos abandonado el concepto de *síntoma* y lo hemos sustituido por el concepto de *queja* (figura 1). Lo mismo que el síntoma, la queja nos remite también a los juicios de su emisor y a sus valoraciones, pero tiene la ventaja de que se deja ver como acción comunicativa, como intento de hacer hacer: una queja es algo que se dice a alguien para que ayude a cambiar algo que va mal. Desde la queja se puede hacer el recorrido clasificatorio diseñado por la C.I.E. o por el DSM (recorrido psiquiátrico-nosológico, figura 2) tomando algunos de los acontecimientos relatados por las personas que se quejan como síntomas reveladores de la existencia de algo que, *de manera no intencional*, produce los fenómenos que el consultante ha observado (Eco, 1977). Y la ocurrencia conjunta de varios síntomas llevará a que se termine por identificar un *trastorno mental* en particular como el proceso causante de los motivos de queja. Después de eso llegará el tratamiento ajustado al trastorno, que será tan homogenizado y homogenizador como el diagnóstico. Siguiendo este recorrido, si se detectan síntomas nuevos, no previstos para el trastorno identificado, el diagnóstico quedará invalidado, pero, curiosamente, la persistencia de los motivos de queja no lo invalida. Es decir, el hecho de que el problema persista a pesar de haber aplicado el tratamiento adecuado no hace pensar que el diagnóstico fuera equivocado.

Partiendo de la queja (que no del síntoma) se puede hacer un recorrido muy distinto que llamaremos *estratégico* (figura 3). En lugar de desechar parte de la información que se da en la queja, y empobrecer con ello el relato original del consultante, se puede utilizar la queja como canal que nos conduce a las escenas de la vida real en las que, casi siempre de manera rutinaria, se producen los acontecimientos indeseados. Una vez situados en escena, es decir, en el relato concreto de una situación que el consultante ha vivido, se trata de explorar dentro de ella lo que cada una de las

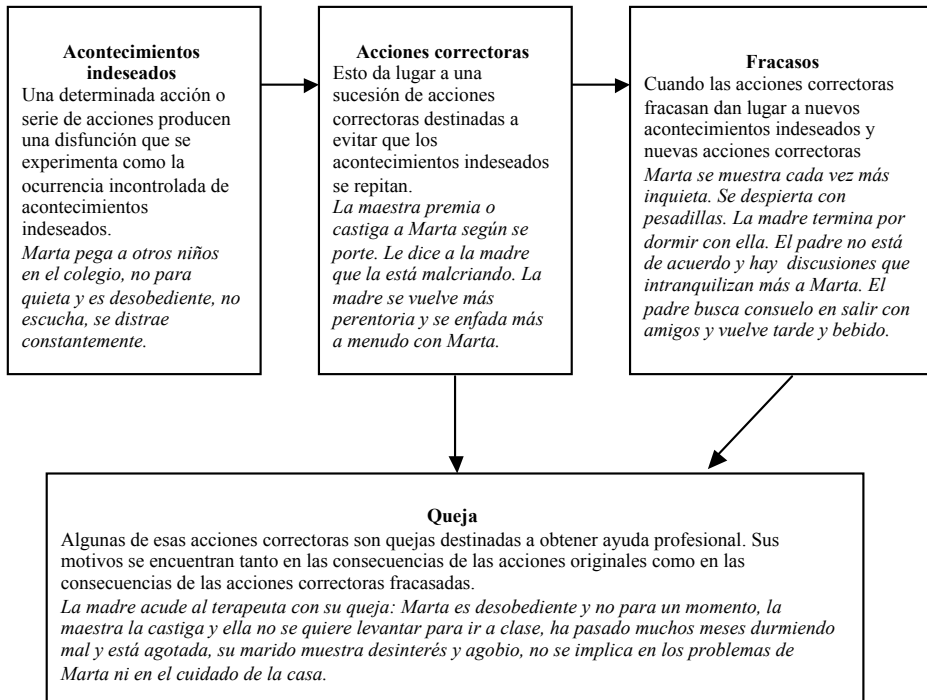


Figura 1. El ciclo de la queja.

participantes ha hecho, qué ha pretendiendo conseguir con sus acciones (sus metas), y qué derechos y obligaciones invoca para hacerlo. Cuando se ha dado con las metas de los participantes, el siguiente paso es enunciar la disfunción en forma de *problema*, es decir, como la *ausencia de procedimientos eficaces para conseguirlas*. A partir de aquí se buscan alternativas, procedimientos más o menos novedosos que puedan conducir a esas metas sin interferir en otros procesos importantes, y se ponen en práctica. Una diferencia fundamental entre los dos recorridos que hemos explicado es que, en este último, el “diagnóstico” (la caracterización de la disfunción) *sí* quedará invalidado si las alternativas de acción propuestas no consiguen que los motivos de queja desaparezcan. En ese caso habrá que elaborar otra hipótesis, reconstruir de nuevo la disfunción y los problemas, y proponer nuevas alternativas de acción.

En este contexto, el uso del término *consultante*, en vez de *paciente*, alcanza toda su coherencia, porque los instrumentos de un psicoterapeuta nunca logran información “objetiva”. Es decir, una que sea independiente de lo que los sujetos prefieren y buscan cuando la psicoterapeuta interviene o investiga. Es más, en realidad, a cualquier conocimiento psicológico se llega sólo a través de una interacción, en sentido estricto. En sentido estricto porque, en contra de la habitual prosopopeya, ni las variables ni el medio interactúan: sólo los sujetos psicológicos lo hacen. Se conoce un proceso psicológico cuando puede ser instaurado o cambiado de manera predecible con procedimientos psicológicos. Es decir, con procedimientos cuyas consecuencias dependen de las percepciones, competencias y propósitos del organismo con el que se interactúa.

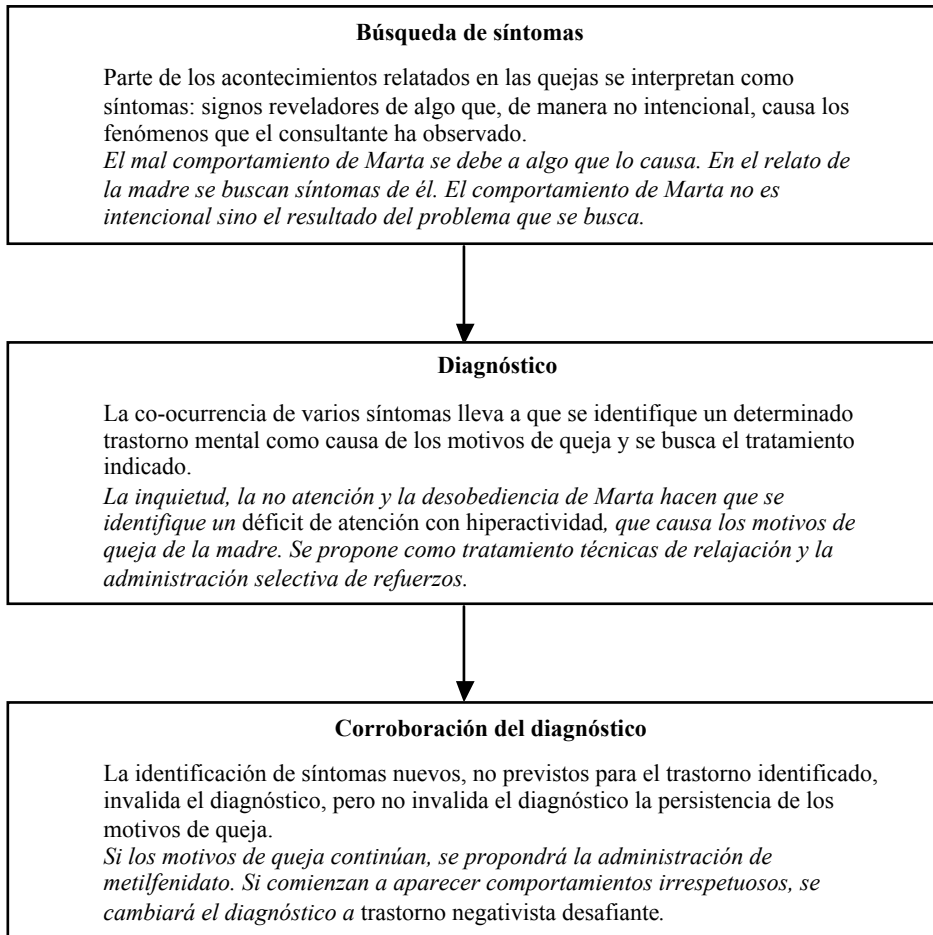


Figura 2. El recorrido clasificatorio psiquiátrico-gnoseológico.

¿Tiene sentido clasificar las disfunciones?

La pretendida utilidad del diagnóstico psiquiátrico-nosológico es que conduce con rapidez y economía a la elección de un tratamiento adecuado. Esta seductora simplicidad nos anima a emular a los DSM y C.I.E. en la clasificación de las disfunciones; pero los intentos que hemos hecho no llevan hasta categorías que se puedan enunciar con un máximo de cuatro palabras, como ocurre con los diagnósticos al uso. Hemos explorado dos posibles criterios generales de clasificación que se exponen a continuación.

En primer lugar, *atender a cómo se revelan las disfunciones*. Es decir, atender a las quejas y clasificar lo que dicen las personas que consultan para dar cuenta de su malestar, por ejemplo, “no puedo dormir desde que me han echado del trabajo” o “estoy triste porque nadie me hace caso”. Aquí caben a su vez dos posibilidades:

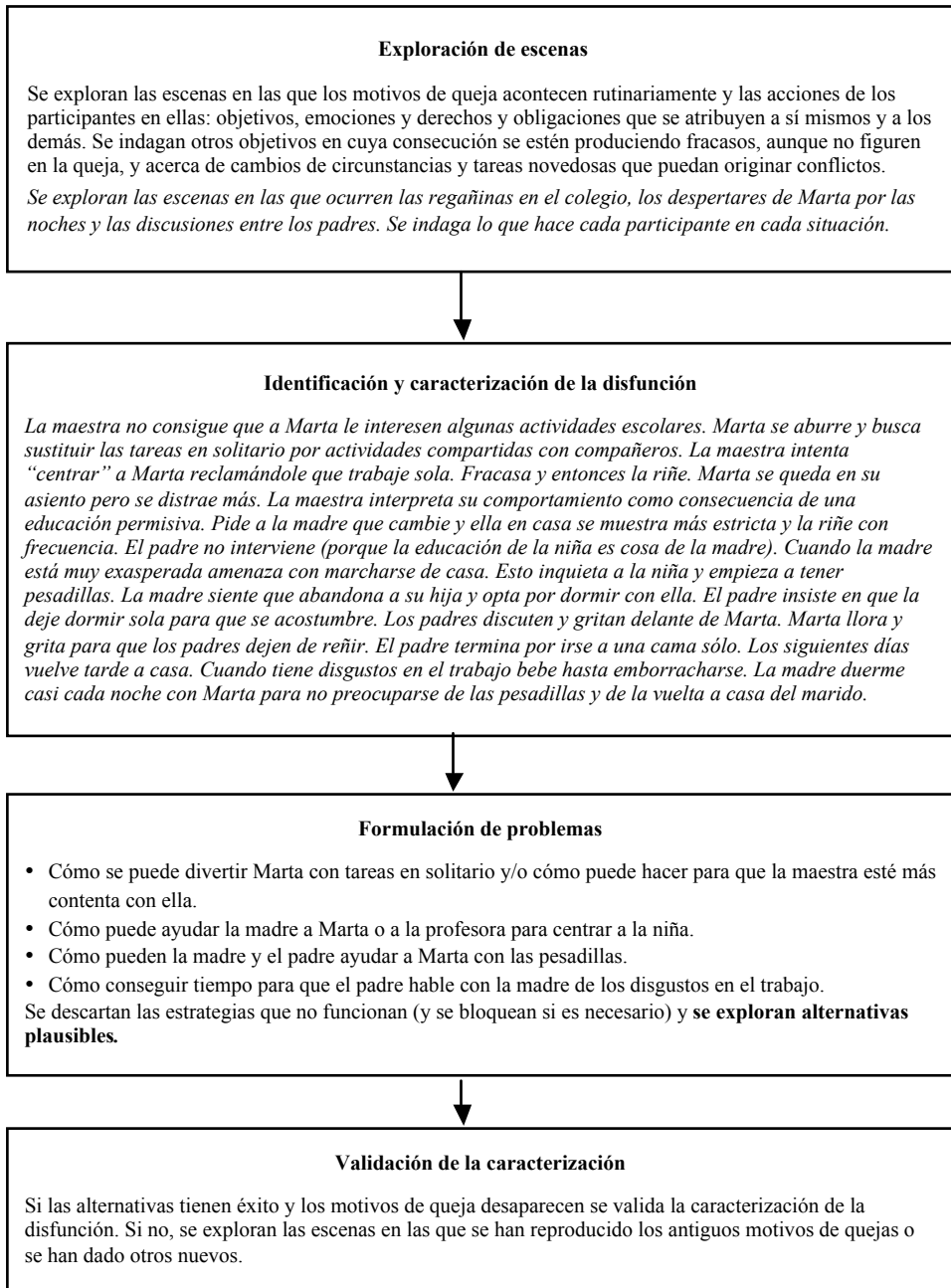


Figura 3. El recorrido clasificatorio estratégico.

Supuesto A: Que a cada fracaso le corresponda una queja distinta. En ese caso, la probabilidad de que dos sujetos coincidan en las mismas manifestaciones de malestar dependería de la complejidad de sus estrategias: a mayor complejidad, menor probabilidad de coincidencia en el fracaso y más categorías generaríamos. Todas las quejas serían diferentes, una por cada configuración de fracasos. Habría tantas categorías como casos, lo que resultaría en la antítesis de la simplicidad de las clasificaciones convencionales.

Supuesto B: Que el número de quejas o manifestaciones de malestar esté restringido cultural y/o fisiológicamente, y que varios fracasos distintos puedan coincidir en una misma queja. Según este supuesto las personas se quejarán de forma parecida por fracasos o configuraciones de fracasos distintas. Por ejemplo: diremos “estoy deprimido”, tanto si nos entristecemos por no poder revivir la proximidad de un ser querido como si nos desanimamos cuando se nos critica y relega en el trabajo. En este caso, fracasos muy diferentes parecerán ser el mismo y la descripción de los seres humanos como sujetos psicológicos, obtenida a través de la clasificación, será muy simplista, porque al clasificar dejaríamos de lado lo que nos está pasando (“estoy enferma y ella no me llama” o “me ningunean en el trabajo”). No obstante, si entendemos que las quejas son actividades compensatorias de carácter estratégico, o sea, acciones que pretenden cambiar aquello que nos hace sentir mal, entonces la clasificación de las quejas bajo este supuesto nos puede proporcionar una buena base para estudiar los intentos de corrección más probables dentro de una determinada comunidad. No estaríamos clasificando disfunciones, pero sí parte de los intentos de solución habituales en una cultura o microcultura sostenidos por tradiciones y modas diversos (“deprimirse”, “angustiar”, “rayarse”, “ponerse histérico”, “tomárselo todo a risa”, “tener ataques de pánico”, “oír voces” o “tomárselo todo a mal”).

En segundo lugar, se puede *atender a las estrategias en las que se produce el fracaso* en lugar de a las quejas. Es decir, atender a aquello que las personas están haciendo: atender a la “arquitectura” de la disfunción. Aquí cabrían también dos procedimientos clasificatorios diferentes:

A. *Identificar las estrategias y compararlas con un “modelo”*, es decir, con estrategias comprobadamente exitosas. De este modo, el estudio de las actividades psíquicas desafortunadas complementaría el estudio de las actividades psíquicas afortunadas, porque saber cómo fallan también dice algo de cómo aciertan (Gómez Fontanil y Coto Ezama, 1989). Las estrategias modélicas (las “normales”) serían útiles tanto para describir las disfunciones psíquicas como para diseñar intervenciones terapéuticas, porque, a modo de mapa, permitirían distinguir los pasos a instaurar o reinstaurar. Pero la dificultad viene de que muchas situaciones disfuncionales envuelven combinaciones de estrategias muy variadas. Una estrategia modelo de cómo divertirse con una tarea escolar obligatoria resultará insuficiente como guía cuando el trabajo aburrido se ha de hacer en el marco de una permanente competición con el hermano al que toda la familia considera superior por ser chico, mientras que tu madre te anima a estudiar mucho para no acabar de ama de casa como ella... A la postre una clasificación en torno a las estrategias “modelo” se parece más a una clasificación de géneros literarios, en los que determinadas figuras se repiten con variaciones más o menos importantes, que a una clasificación botánica: ofrece información útil (esto es una novela negra y la otra lo es de ciencia ficción), pero de ninguna manera puede sustituir la lectura de la obra (tal y como lo proponen los C.I.E. y DSM, que hacen innecesaria toda esa cháchara con la que los pacientes poco instruidos pretenden contarte su vida).

B. *Identificar estrategias que pueden acarrear disfunciones con mucha seguridad.* Cuando nos enfrentamos a la trama de la vida de nuestros consultantes, podemos reconocer similitudes en metas, en situaciones, en dificultades y en estrategias; pero las combinaciones casi nunca son las mismas. Adivinamos el entramado de una disfunción como quien adivina lo que viene en el siguiente giro de un relato. Hay relatos muy previsibles y los hay más sorprendentes; pero lo cierto es que, ante determinadas tareas del ciclo vital, algunas opciones parecen conllevar disfunciones con una probabilidad notablemente más alta que otras. Muchos autores han dedicado esfuerzos a identificar ese tipo de estrategias, desde determinadas prácticas de crianza (insensibles, inconsistentes, descalificadoras, negligentes o agresivas) (Blehar, Lieberman y Ainsworth, 1977; Perry *et al.*, 1995) hasta ciertas estrategias de afrontamiento, como la evitación experiencial (Hayes *et al.*, 1996; Luciano y Hayes, 2001) o la hiperreflexividad (Sass, 2003; Pérez Álvarez, 2008), pasando por estrategias comunicativas como la ironía no reconocida, la desviación comunicacional (Wynne *et al.*, 1977; Doane *et al.*, 1982), el doble vínculo (Bateson *et al.*, 1956; Sluzki y Veron, 1971) o la instigación (Selvini Palazzoli *et al.*, 1990). No siempre estas “estrategias peligrosas” ocasionan la reiteración de fracasos acumulativos que llamamos disfunción, pero a efectos de clasificar la psicopatología se trata de comprobar si la arquitectura de la disfunción se está sustentando sobre el ejercicio de estrategias peligrosas conocidas, independientemente de las manifestaciones de malestar de los participantes (las quejas).

Estas alternativas pueden permitir construir la tipología de disfunciones a la que aspiramos y el procedimiento de identificación de lo que es necesario cambiar. En lugar de ir desde la tipificación de la queja a la identificación de la disfunción (el recorrido que nos propone el DSM) el viaje se debe hacer desde la identificación de las estrategias a la caracterización de la disfunción, es decir, de las estrategias a los conflictos que esas estrategias conllevan. En ocasiones, no pocas, contamos con un modelo de actividad normal. Tenemos la referencia de lo que han hecho otras personas en situaciones semejantes para resolver con éxito los problemas que ha originado una disfunción parecida. Pero esto no ocurre en otros muchos casos. También podemos predecir qué confluencia de estrategias llevará con más o menos certeza a un fracaso acumulativo o qué estrategias resultarán peligrosas en determinados contextos con ciertos objetivos; pero la vida nos sorprende muchas veces, es más compleja de lo que parece y mucho más de lo que quisiéramos cuando nos atrapan nuestras propias decisiones. Por eso en una Psicopatología como la que proponemos, la de las disfunciones, la evaluación genera hipótesis, no certezas. Hipótesis cuya verosimilitud se confirma en la medida en que lleven a predecir y/o acabar con los fracasos sistemáticos de las personas que se quejan. La evaluación de las disfunciones es entonces el fruto de la resolución conjunta de los problemas adaptativos de los consultantes, cuando la caracterización de los fracasos culmina con el hallazgo de una solución eficaz y puede ser confirmada la funcionalidad de las nuevas estrategias.

CONCLUSIÓN

Comenzamos este trabajo oponiéndonos a la concepción que subyace al uso del término “paciente” en psicoterapia y recogiendo la confusión acerca de su objeto de trabajo. Hemos propuesto la utilización de los términos *consultante* y *protagonista de la*

queja y hemos descartado los términos “*enfermedad mental*”, porque en la concepción habitual de las enfermedades el sujeto desaparece para poder ser tratado como aparato averiado, y “*trastorno mental*” porque en el mismo camino nos pone la concepción de trastorno que proponen el DSM y la C.I.E. Hemos tanteado las inconsistencias de la visión dualista (lo físico y lo mental) y reduccionista (todo lo mental es bioquímica) y hemos establecido el carácter orgánico de todas las actividades de las personas tanto de las deseables como de las indeseables. También hemos apuntado lo absurdo de la oposición entre psicoterapia y terapia biológica, porque cuando la psicoterapia lleva a una forma diferente de actuar también cambia notablemente la fisiología cerebral. Hemos propuesto luego un término que, teniendo menos connotaciones médicas que “trastorno mental”, nos permite devolver a las personas que sufren el carácter de agentes. Un concepto que se asienta en las metas, preferencias y conocimientos de los sujetos, que da cuenta de sus esfuerzos por transformar y predecir el mundo y que recoge el uso de uno de los recursos fundamentales de los seres humanos: su capacidad de *hacer hacer* a otros organismos. Ese concepto, *disfunción*, lo hemos definido como: *Situación en la que se reitera el fracaso de una o varias estrategias a consecuencia del ejercicio de otras estrategias (fracasadas ellas mismas o exitosas) y que es tanto más grave cuanto más actividades de una persona o un colectivo de personas compromete. Y añadimos que las disfunciones pueden tener como origen tanto fracasos sistemáticos en actividades modulares que no se han podido acomodar a condiciones de vida cambiantes, como fracasos en tareas nuevas para las que no se ha construido aún una estrategia eficaz, como conflictos (incompatibilidad entre actividades de una o varias personas).* A continuación hemos hecho de las *quejas* el eslabón de una cadena con el que se comienza y se decide la terapia. Pero, como las *quejas* no dan cuenta necesariamente de las acciones en las que consiste la *disfunción* (es decir, de las acciones que no evitan o que dan lugar a los motivos de *queja*), hemos señalado la necesidad de interesarse por escenas concretas a la hora de entender las disfunciones y resolverlas (podríamos decir lo mismo de ocasionarlas), porque es en lo concreto donde se produce el fracaso o el conflicto. Por último hemos llegado a la conclusión de que una clasificación de disfunciones va a tener más parecido con una tipología de géneros literarios que con una taxonomía zoológica o botánica y que una pura clasificación de *quejas* (algo mucho más parecido a los DSM, o tal vez a las clasificaciones que se logran a partir del *Child Behavior Checklist* de Achenbach, 1991) puede informarnos acerca de los intentos de solución imperantes en un determinado colectivo pero no acerca del camino a emprender para ayudar a resolver la *disfunción*.

REFERENCIAS

- Achenbach TM (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist 14-18 and the 1991 profile*. Burlington: University of Vermont.
- Alcocer Urueta R (2005). *Fundamentos biosocioconstructivistas del conocimiento: Hacia una psicología interpretativa*. Tesis de licenciatura. Departamento de Psicología, Escuela de Ciencias Sociales, Universidad de las Américas Puebla.
- Alexander F (1950). *Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications*. New York: Norton.

- Alonso Y (2004). The biopsychosocial model in medical research: The evolution of the health concept over the last two decades. *Patient Education and Counseling*, 53, 239-244.
- Alonso Y (2009). ¿Qué ha pasado con el modelo biopsicosocial en la investigación médica? *Jano*, 1730, 37-40.
- Alonso Y y López Ríos F (2002). Trastornos psicósomáticos. En AJ Cangas (Ed.), *Manual de psicología clínica y general. Vol. 2. Psicopatología*. Granada: Alborán.
- American Psychiatric Association (2004). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson.
- Bateson G, Jackson D, Haley J y Weakland J (1956). Toward a Theory of Schizophrenia. *Behavioural Science*, 1, 251-254.
- Bentall RP (1998). Why there will never be a convincing theory of schizophrenia. En S Rose (Ed.), *From Brains to Consciousness? Essays on the New Sciences of the Mind*. London: Penguin.
- Bentall RP, Baker G y Havers S (1991). Reality monitoring and psychotic hallucinations. *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 213-222.
- Bentall RP (2006). Renunciar al concepto de esquizofrenia. Psicología cognitiva de las alucinaciones y los delirios. En J Read, LR Moshier y RP Bentall (Eds.), *Modelos de locura* (pp. 137-253). Barcelona: Herder.
- Beyebach M (2006). *24 ideas para una psicoterapia breve*. Barcelona: Herder.
- Bleeh J (2005). *Los inventores de enfermedades. Cómo nos convierten en pacientes*. Barcelona: Destino.
- Blehar MC, Lieberman AF y Ainsworth MDS (1977). Early face-to-face interaction and its relation to later infant-mother attachment. *Child Development*, 48, 182-194.
- Boscolo L y Bertrando P (1996). *Systemic Therapy with Individuals*. London: Karnac.
- Bunge M (1980). *El problema mente-cerebro. Un enfoque psicobiológico*. Madrid: Tecnos.
- Canguilhem G (1971). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Castilla del Pino C (1980). *Introducción a la psiquiatría*. Madrid: Alianza.
- De Shazer S (1990). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- Dennett D (2004). *La evolución de la libertad*. Barcelona: Paidós.
- Deutsch M (1973). *The Resolution of Conflict: Constructive and Destructive Processes*. New Haven: Yale University Press.
- Doane JA, Jones JE, Fisher L, Ritzler B, Singer MT y Wynne LC (1982). Parental communication deviance as a predictor of competence in children at risk for adult psychiatric disorder. *Family Process*, 21, 211-223.
- Eco U (1977). *Tratado de semiótica general*. Barcelona: Lumen.
- Engel GL (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Fernández Rodríguez TR y López Ramírez M (1990). Adaptación, cognición y límites biológicos del aprendizaje. En L Aguado Aguilar (Ed.), *Cognición comparada. Estudios experimentales sobre la mente animal* (pp. 85-111). Madrid: Alianza.
- Fernández Rodríguez TR (1988). Conducta y evolución: historia y marco de un problema. *Anuario de Psicología*, 39, 99-137.
- Fernández TR, Sánchez JC, Aivar P y Loredó JC (2003). Representación y significado en psicología cognitiva: una reflexión constructiva. *Estudios de Psicología*, 24, 5-32.
- Frankl VE (1956/1992). *Teoría y terapia de las neurosis. Iniciación la logoterapia y el análisis existencial*. Barcelona: Herder.
- Goffman E (1959/1981). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gómez Fontanil Y y Coto Ezama E (1986). Palabras impertinentes. Contra el concepto de enfermedad mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 19, 587-594.
- Gómez Fontanil Y y Coto Ezama E (1988). Psicopatología y desemiotización del discurso. *Actas del II Simposio Internacional de Semiótica* (pp. 217-227). Oviedo: Servicio de Publicaciones de la

- Universidad de Oviedo.
- Gómez Fontanil Y y Coto Ezama E (1989). *Delimitación conceptual de la Psicopatología*. Manuscrito no publicado. Universidad de Oviedo.
- González Pardo H y Pérez Álvarez M (2007). *La invención de los trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid: Alianza.
- Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM y Strosahl K. (1996). **Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment.** *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1152-1168.
- Jackson D (1957). The question of family homeostasis. *The Psychiatric Quarterly Supplement, 31*, 79-90.
- Kaye K (1986). *La vida mental y social del bebé. Cómo los padres crean personas*. Barcelona: Paidós.
- Loredo Narciandi JC (2005). Acerca de las tecnologías psicológicas. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana, Noviembre-Diciembre*, 1-37.
- Luciano MC y Hayes SC (2001). Trastorno de evitación experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 1*, 109-157.
- Mosher LR, Gosden R y Beder S (2006). Las empresas farmacéuticas y la esquizofrenia. En J Read, LR Mosher y RP Bentall (Eds.), *Modelos de locura* (pp. 141-161). Barcelona: Herder.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Pérez-Alvarez M (2008). Hyperreflexivity as a condition of mental disorder: A clinical and historical perspective. *Psicothema, 20*, 181-187.
- Perry BD, Pollard R, Blakely T, Baker W y Vigilante D (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation and “use-dependent” development of the brain: how “states” become “traits”. *Infant Mental Health Journal, 16 (4)*, 271-291.
- Popper K y Eccles JC (1980). *El yo y su cerebro*. Barcelona: Labor.
- Sass LA (2003). “Negative symptoms”, schizophrenia and the self. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 3*, 153-180.
- Selvini Palazzoli M, Cirillo S, Selvini M y Sorrentino AM (1990). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Paidós.
- Sluzki CE y Veron E (1971). The double bind as an universal pathogenic situation. *Family Process, 10*, 397-410.
- Sterling P (2004). Principles of allostasis: Optimal design, predictive regulation, pathophysiology and rational therapeutics. En J Schulkin (Ed.), *Allostasis, Homeostasis, and the Costs of Adaptation* (pp. 17-64). Cambridge: Cambridge University Press.
- Van Praag HM (1997). Over the mainstream: Diagnostic requirements for biological psychiatric research. *Psychiatry Research, 72*, 201-212.
- Vingerhoets AJJM y Perski A (1999). The Psychobiology of Stress. En A Kaptein, A Appels y K Orth-Gomer (Eds.), *Psychology in Medicine* (pp. 34-49). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Vygotski L (1979). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona: Crítica.
- Watzlawick P, Weakland JH y Fisch R. (1976). *Cambio. Formación y solución de problemas humanos*. Barcelona: Herder.
- Weiss T y Haertel-Weiss G (1991). *Familientherapie ohne Familie. Kurztherapien mit Einzelpatienten*. Munich: Piper.
- Wynne LC, Singer MT, Bartklo J y Toohey ML (1977). Schizophrenics and their families: Research on parental communications. En JM Tanner (Ed.), *Developments in psychiatric research* (pp. 254-284). London: Hodder & Stoughton.

Recibido, 4 Marzo, 2009
Aceptación final, December, 2009