

DESVELAR EL SECRETO DE LOS ENIGMAS DESPATOLOGIZAR LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

Ernesto López Méndez¹ y Miguel Costa Cabanillas²

Ayuntamiento de Madrid

Los problemas psicológicos han sido y siguen siendo patologizados, convertidos en psicopatología. El artículo hace una breve referencia histórica a este proceso y un análisis crítico de sus insuficiencias lógicas y epistemológicas y un análisis de los inconvenientes que plantea para su comprensión y solución. Desde los paradigmas de la psicología cabe hacer un cambio de paradigma y ofrecer una alternativa no psicopatológica que permita comprender el significado de los problemas.

Palabras clave: Psicopatología, Trastornos mentales, Neuromitología, Problemas psicológicos, Modelo biográfico.

Psychological problems have been and continue to be pathologized, converted to psychopathology. This article gives a brief historical reference to this process and a critical analysis of its logical and epistemological inadequacies and an analysis of the problems posed to their understanding and solution. From the paradigms of psychology, it is possible to make a paradigm shift and offer a non psychopathological alternative that allows understanding the significance of the problems.

Key words: Psychopathology, Mental disorders, Neuromythology, Psychological problems, Biographical model.

UNA REBELIÓN EPISTEMOLÓGICA Y ÉTICA Y UN CAMBIO RADICAL DE PARADIGMA

Es bien sabido que en el curso de la historia muchos problemas de la vida y problemas psicológicos han sido patologizados y psicopatologizados, considerados como enfermedades, en particular como "enfermedades mentales". La práctica profesional en el ámbito de la denominada "salud mental" e incluso amplios sectores de la psicología clínica están fuertemente impregnados de esta perspectiva patológica. Y esto resulta tanto más sorprendente, cuanto que el estudio sobre las causas de estos problemas tiene, desde la perspectiva psicológica, tan abundante apoyo empírico, que hace insostenible explicarlos sobre la base de causas únicas, como un proceso mórbido, una emoción descontrolada o un pensamiento desajustado.

La psicopatología torna enigmáticos los problemas psicológicos

Experiencias como oír voces, lavarse las manos repetidamente hasta producirse úlceras, perder el control ante situaciones sociales inofensivas y no amenazantes, permanecer encerrado sin salir de casa durante años, de-

primirse cuando las cosas parecen que van bien, sentirse excitado sexualmente por objetos inapropiados o por animales, entre otros, se tornan enigmáticos cuando se dice que son una enfermedad y, sobre todo, cuando esa supuesta enfermedad queda desmentida por no dejar rastro en cuantos tests y análisis biológicos se realizan. No es extraño, pues, que, así patologizados, hayan sido contemplados como un "enigma psicológico, sin causa alguna adecuada" (Krapelin, 1988:38), que las ideas delirantes sean "incomprensibles psicológicamente y no derivan de otros síntomas ni sucesos de la vida del enfermo" (Vallejo-Nágera, 1971:44) y que la ciclotimia y la esquizofrenia sean para Kurt Schneider un "misterio antropológico" (...) el escándalo de la psiquiatría humana" (1997:35). Coincidimos con Thomas Szasz en que "el hecho de clasificar a los individuos incapacitados por problemas vitales con el rótulo de enfermos mentales retardó el reconocimiento de la naturaleza esencial de los fenómenos" (Szasz, 1968:39).

Un análisis crítico de la ortodoxia psicopatológica

En un reciente libro (López y Costa, 2012), titulado *Manual de Consejo Psicológico. Una visión despatologizada de la Psicología Clínica*, salimos al paso de esta perversión psicopatológica. Planteamos allí la necesidad de un cambio radical de paradigma que implica realizar un análisis crítico de la ortodoxia del modelo psicopatológico, rescatar a los problemas psicológicos del mundo de la patología, despatologizarlos, emanciparlos de la vieja doctrina que dice de ellos "esto es una enfer-

Correspondencia: Ernesto López Méndez. C/ Cobos de Segovia, 17, bajo 2. 28005 Madrid. España. Email: lopezmei@madrid.es

¹médico, psicólogo clínico y consultor.

²psicólogo clínico y director del Centro de Promoción de Hábitos Saludables de Madrid Salud.



edad,” y que dictamina que algunas personas, por el hecho de experimentar un problema vital, están enfermas, tienen una enfermedad que necesita ser curada, y que sus experiencias vitales son un fenómeno patológico o son indicios, síntomas y signos de una enfermedad. Desde hace muchos años, nosotros mismos (Costa y López, 1986, 2003, 2006, 2012) estamos firmemente comprometidos con esta rebelión epistemológica y ética, despatologizadora, tratando de ir hasta la raíz más profunda de los problemas psicológicos, de encontrar respuestas en la herencia fecunda de los paradigmas de la psicología y de establecer sinergias con tantos otros que comparten la misma búsqueda, tanto en España (Bayés, 1977, 1980; Pérez-Álvarez, 1996, 2011; Vila y Fernández-Santaella, 2009) como en el resto del mundo.

Tratamos de resolver un problema, no tratamos una psicopatología

Creemos en verdad que es necesario y posible restituirles a los problemas psicológicos su verdadera naturaleza y su significado y desvelar sus enigmas si los miramos y reconocemos a la luz de los paradigmas básicos de la psicología, los analizamos por el tamiz hermenéutico del *Análisis Funcional de la Conducta* y los abordamos con las técnicas y procedimientos psicológicos orientados al cambio. Creemos que esta mirada sobre los problemas psicológicos demanda además una *regeneración de la psicología clínica*, en el sentido de emanciparla también de la ortodoxia psicopatológica, de despatologizarla. Así pues, en el Consejo Psicológico, que nosotros consideramos como una psicología clínica despatologizada (López y Costa, 2012), *tratamos de resolver un problema, no tratamos una psicopatología*, ni una enfermedad mental, ni los síntomas de una enfermedad.

En el presente artículo, nos detendremos especialmente en la desnaturalización que supone considerar a los problemas psicológicos desde la óptica de la psicopatología y en el análisis crítico del modelo psicopatológico.

EL MODELO ANATOMOCLÍNICO Y FISIOPATOLÓGICO: LA SEDE Y LA CAUSA DE LA ENFERMEDAD

Es en las postrimerías del siglo XVIII cuando la sociedad delega formalmente en la medicina la facultad de explicar por qué los “alienados” se comportan de una manera bizarra, se muestran agresivos, angustiados, melancólicos, mutistas o catatónicos, deliran, o se automutilan, y de tomar medidas para contener esos comportamientos. Para responder al encargo y confrontarse con estos comportamientos, la medicina toma como marco de referencia, de análisis y de

intervención los *modelos de la patología humana* que le son familiares en su praxis habitual. De hecho, se están consolidando por entonces los modelos anatomoclínico, fisiopatológico y etiopatológico, que tendrán en el siglo XX su prolongación en los modelos bioquímico y molecular y que van a permitir poner las bases científicas de la patología humana frente a las concepciones demonológicas e hipocrático-galénicas todavía vigentes por entonces. De acuerdo con estos modelos, la sede y la causa de la enfermedad y las señales de la dolencia padecida hay que buscarlas dentro del cuerpo, y se hacen visibles en la necropsia, a través del microscopio, o mediante la utilización del laboratorio y de una adecuada tecnología.

“Esto es una enfermedad”: una metamorfosis declarativa

Al aplicarles estos modelos, aquellos comportamientos experimentan un cambio radical en su categorización social y conceptual. Van a ser recategorizados, mediante una *metamorfosis declarativa*, como una *enfermedad* o la *manifestación sintomática de una enfermedad*. Lo que era un comportamiento considerado anormal, perteneciente a la categoría de los sucesos y procesos psicosociales, va a ser declarado como *comportamiento patológico*, perteneciente a la categoría de los sucesos y procesos anatomopatológicos y fisiopatológicos, como podría ser un hígado cirrótico o un tumor. Al *estatus de loco* o alienado se le superpone el *estatus de enfermo* y lo que era debido a estar “poseído por el demonio” es ahora debido a estar poseído por “entidades morbosas”. Para Kräpelin, la locura es sencillamente “*la expresión de operaciones cerebrales patológicas*” (1988:134) y “*lo que determina ante todo la morfología de los trastornos psíquicos es la extensión en el cerebro del proceso que los engendra*” (1988: 147). Por otra parte, esta aplicación del modelo anatomoclínico al comportamiento quedará pronto contaminada por el *dualismo cuerpo-mente*, y así la entidad patológica será una “patología de la mente”, una “enfermedad mental”.

UN GRAVE ERROR LÓGICO Y EPISTEMOLÓGICO

Pero, como también Szasz decía, el hecho de denominar “enfermedad” a algunas experiencias vitales constituye “*el más grave error lógico de la psiquiatría moderna*” (Szasz, 1968:39).

Una desalentadora falta de evidencia

Basta, en efecto, hacer un recorrido por los escritos de las figuras clave de la psiquiatría de los siglos XVIII, XIX y XX para constatar que *no hay un solo lugar en el que*



se muestre evidencia alguna de que los comportamientos observados sean, de acuerdo con el modelo anatomoclínico, una enfermedad, una disfunción biológica o el signo o síntoma de una enfermedad, de que exista la correspondiente anatomía patológica lesional, una relación causa-efecto entre una hipotética lesión, disfunción o desequilibrio y el comportamiento, y la correspondiente fisiopatología y patogenia, del mismo modo que sí la hay entre una hepatitis y la ictericia o entre un enfisema pulmonar y la disnea.

Los relatos de Lasègue sobre delirios de persecución y alucinaciones auditivas no son otra cosa que descripciones de experiencias vitales hechas a partir de los relatos de las personas que las tienen. Y a pesar de que afirma que *"ahí hay algo más que la exageración de una tendencia natural (...), es un elemento patológico nuevo introducido en el organismo moral"* (Lasègue, 1994:55), no aporta ninguna prueba de la existencia del tal "elemento patológico". Kahlbaum expresaba su extrañeza ante la falta de "aclaraciones" aportadas por la anatomía patológica del cerebro, debido tal vez, suponía él, a no haber *"disecado y escudriñado suficientes cadáveres de locos"* (1995: 98).

Fuera del enunciado, pues, *lo psicopatológico no existe*, no está ahí preexistente alojado en su "sede" cerebral a la espera de ser "descubierto". Fuera del enunciado, el único hallazgo consistente son los comportamientos sobre los que se opera la metamorfosis declarativa. Y la única evidencia de que esos comportamientos son una enfermedad es que *algunas personas declaran que otras la padecen*.

Una logomaquia, una enfermedad inventada

Sin fundamento empírico alguno, la metamorfosis que declara *"esto es una enfermedad"*, *"esta persona está enferma"*, *"tiene una enfermedad mental"*, queda, pues, reducida a una construcción socioverbal vacía de contenido referente, un espejismo de naturaleza verbal, pura logomaquia. Al mismo tiempo, la supuesta enfermedad es ella misma una *enfermedad inventada*, creada en el propio enunciado patológico y que existe solo en él. *"Llamo a esto 'esquizofrenia'"*, declara Kurt Schneider. Laín Entralgo llama a las neurosis experimentales un *"desorden patológico de la conducta"*, y considera que *"el modo de enfermar propio de las neurosis humanas - y mutatis mutandis el de las psicosis- es el correspondiente al de cualquier otra de las enfermedades que el hombre padece"* (1987:16), y ello a pesar de que en todo el proceso por el que se instaura una neurosis experi-

mental no hay nada que permita pensar en alteraciones lesionales morfológicas y fisiológicas en el organismo, sino más bien en una fisiología en perfecto estado de funcionamiento. El mismo Leon Eisenberg, uno de los principales responsables de la invención del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, que tan pingües beneficios sigue reportando a las compañías que comercializan el metilfenidato, declaraba, en una confesión tardía que podría tildarse de cínica, que *"este trastorno es un claro ejemplo de una enfermedad que se ha inventado"* (citado en Blech, 2012:100).

La Psicopatología, una profesión de fe

Por todo ello, la metamorfosis declarativa no es una evidencia, es una creencia, una "verdad revelada" en la que hay que creer por la autoridad de quien la enuncia. De hecho, Kurt Schneider reconoce que su postulado sobre la ciclotimia y la esquizofrenia tiene que ser *"una profesión de fe"* (1997:35), puesto que *"nos son desconocidos los procesos morbosos que subyacen a la ciclotimia y a la esquizofrenia"*. Los únicos apoyos que Schneider puede aducir son los comportamientos que definen la ciclotimia y la esquizofrenia. A ellos superpone arbitrariamente la declaración patológica, quedando, de esta manera, *reinventados como "hechos psicopatológicos"*, como *síntomas psicopatológicos*, lo cual modifica radicalmente la naturaleza de lo somatopatológico definida por el modelo anatomoclínico al que, por otra parte, Schneider proclama adherirse. Pero Schneider dará un paso más decisivo todavía en el camino de la patologización del comportamiento humano. Aún cuando considera que las "personalidades anormales" y las "reacciones vivenciales anormales" no son enfermedades, sino más bien variedades anormales del psiquismo, inviste, sin embargo, con la denominación de "psico(pato)logía" a un grupo de personalidades anormales, las *"personalidades psicopáticas"*. *La invención de lo psicopatológico, adquiere así con Kurt Schneider carta de naturaleza, como algo distinto de lo somatopatológico*.

Como el demonio metido en el cuerpo: el error lógico de reificación

Aún cuando la "patología mental", la psicopatología es un enunciado vacío de contenido real referente, el apoyo social e institucional que reciben la "profesión de fe" psicopatológica y los profesionales que la declaran le otorga al enunciado relevancia social y lo dota de *equivalencias funcionales con las enfermedades reales*. Ello permite que sea utilizado en la práctica *de manera*



literal, como si la enfermedad declarada existiese realmente. Lo psicopatológico se hace *funcionalmente equivalente* a lo anatomopatológico y fisiopatológico, al igual que la declaración *“tiene el demonio metido en el cuerpo”* puede ser tomada literalmente como si se tratara de una verdadera posesión diabólica, tan literalmente, que hasta se la combate con exorcismos.

Esta equivalencia funcional permite dar el salto epistemológico y lógico por el que la categoría psicopatológica (*“esto es una enfermedad”*, *“esta persona tiene una enfermedad”*), que empezó siendo tan sólo un nombre para designar los comportamientos observados, se *cosifica*, se *sustantiviza* como una entidad realmente existente (*“enfermedad mental”*, *“trastorno límite de personalidad”*, *“trastorno obsesivo-compulsivo”*, *“trastorno de ansiedad social”*), lo cual constituye el *error lógico de la reificación* que ya William James denunciara. Se cree mágicamente que la expresión *“es una enfermedad”* se corresponde con una enfermedad realmente existente, como si el dar un nombre a algo dotara mágicamente de existencia a ese “algo” y como si las palabras fueran la “prueba” de la existencia de lo que nombran.

Una enfermedad de los sesos

Según el modelo de *“sede y causa”*, la ficticia entidad patológica tendría su sede en el “interior”, dentro de la mente (*“tiene un trastorno de la personalidad”*, *“padece un trastorno mental”*, *“padece un trastorno de estrés postraumático”*, *“padece una fobia social”*, *“padece un trastorno de déficit de atención con hiperactividad”*), reificada también como una entidad realmente existente, como un “lugar” (Frith, 2008) en cuyo interior estaría escondida a la espera de ser “descubierta” con la técnica diagnóstica adecuada (*“en los exámenes que se le hicieron, se le encontró un trastorno de...”*). Si la mente está dentro de los sesos, del cerebro, y es incluso el cerebro mismo o una creación del mismo, como proponen Frith (*“es el cerebro el que crea el mundo mental”*, 2008: 201) o Damasio (*“el cerebro construye una mente”*, 2010:23), los problemas serían además “problemas cerebrales”, o, por prurito de pretendida precisión, desequilibrios bioquímicos o fisiopatología molecular de las neuronas de origen genético (Insel, 2010).

Los delirios como secreción

En el colmo de la metamorfosis, la categoría patológica inventada se convierte en algo “previo” al comportamiento que nombraba y en *agente causal* “patógeno” (*“su comportamiento está causado por el trastorno de personali-*

dad que padece”, *“se lava compulsivamente las manos porque padece un trastorno obsesivo-compulsivo”*, *“su delirio es debido a que padece una esquizofrenia”*). Del mismo modo que de la bronquitis brota la tos o el esputo, o de la filtración glomerular la orina, de la enfermedad mental-cerebral brotarían los delirios y otras manifestaciones, a modo de una secreción. Para Vallejo-Nágera, la idea delirante *“ha brotado directamente de la enfermedad (...) no deriva de otros síntomas ni sucesos de la vida del enfermo* (Vallejo-Nágera, 1971:44-45).

La retórica del síntoma y el desafío como síntoma del trastorno desafiante

El modelo psicopatológico establece además que, una vez diagnosticadas como “enfermas”, lo que estas personas hagan o digan puede ser un indicador de que, en efecto, padecen la enfermedad diagnosticada. Sus comportamientos perderán su carácter autónomo y su significación biográfica y serán recategorizados como *signos o síntomas de la enfermedad que padecen*, como la tos y el esputo lo podrían ser de la bronquitis. Pero si la supuesta enfermedad es una logomaquia, el síntoma, supuesto indicador de la misma es también un enunciado vacío de contenido referente, un espejismo verbal al que, no obstante, se le otorgarán equivalencias funcionales literales con los síntomas de una enfermedad. En este sentido, confundir el comportamiento humano y los problemas de comportamiento como un “signo” o un “síntoma” de una enfermedad constituye un fraude epistemológico y lógico, además de una tautología.

Maudsley era consciente de esta tautología: *“(...) esto conduce a argumentos en círculo vicioso (...), inferimos la falta de salud de la mente por las características de los actos; y, por otra parte, es porque pensamos que hay un trastorno de la mente que declaramos que esos actos son de loco”* (1991:194). Kräpelin, sin embargo, parecía no ser tan consciente al atribuir la desgana de la depresión a un supuesto *“impedimento de la volición”* (Kräpelin, 1988: 31-32). Si la *timidez* y el cortejo de conductas que la definen es recategorizada como *“trastorno de ansiedad social”* o *“fobial social”*, como ocurre en DSM-IV, a partir de entonces podrá ser descrita como *“causada”* por el supuesto trastorno (*“rehuye el contacto social porque padece un trastorno de ansiedad social”*). Otro tanto ocurre cuando decimos *“sabemos que no atiende en clase porque padece un trastorno de déficit de atención con hiperactividad”*, o cuando decimos *“desafía a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas porque padece una trastorno negativista desafiante”*.



EL IMPACTO DE LA ORTODOXIA PSICOPATOLÓGICA

Tal como referimos en el citado libro (López y Costa, 2012), una vez concedida legitimidad social y poder a la invención psicopatológica y a sus equivalencias funcionales, el diagnóstico psicopatológico se convierte en una *tesis que no admite dudas ni discrepancias* y que se hace inmune a toda posible refutación, pues la única evidencia de la declaración nosológica es ella misma.

Un diagnóstico que crea indefensión

Este poder del diagnóstico coloca a las personas diagnosticadas en una situación de indefensión y de pérdida de poder y de control sobre la propia vida, las convierte en "víctimas" de la supuesta enfermedad, lo cual tiene efectos negativos para la implicación en los procesos de cambio ("me ocurre algo debido a fuerzas ajenas a mí, a la enfermedad que me dicen que padezco", "qué puedo hacer si soy un esquizofrénico, si soy un bipolar"). Es tan irrefutable el diagnóstico de "enfermedad", que uno de los "síntomas" de que esta persona la padece es su no aceptación del mismo, su *incapacidad para reconocerse y aceptarse como enferma*: "estás demasiado enfermo como para darte cuenta de que lo estás". Si no lo acepta, ello "prueba" que sigue enferma, lo cual invalida su desacuerdo, reafirma el diagnóstico y puede aconsejar intensificar el "tratamiento" que, en su caso, se haya decidido aplicar.

No soy yo, es el desequilibrio de mis neurotransmisores

Si lo que uno hace está "inducido" por la enfermedad que "padece", entonces queda reducida, anulada o absuelta la responsabilidad. *No soy yo, es la enfermedad que obra en mí, es mi desequilibrio dopaminérgico*, podría decir la persona diagnosticada. La absolución de responsabilidad puede encubrir la responsabilidad criminal, como se puso de manifiesto históricamente en la polémica "cárcel o manicomio". Refiere Szasz (2007a) el abuso sexual cometido por un clérigo de Boston sobre más de 100 niños durante tres décadas. En su defensa se adujo la "patología de la enfermedad de la pedofilia" y los "actos enfermos". Si sus actos y sus impulsos son "irresistibles", pues son diagnosticados como síntomas causados por la "enfermedad de la pedofilia" que supuestamente le compele a abusar de los niños, quedan absueltos de responsabilidad, ¿cómo poder responsabilizarle e imputarle por ellos?, habrá que "tratarlo" de su enfermedad, aducían los peritos. Una vez más se cumple la tautología: son "irresistibles" porque son "patológicos" y son patológicos porque son irresistibles. Si esos impulsos fueran "normales" serían

resistibles, pero como son "anormales" y "patológicos" porque el diagnóstico así lo dictamina, entonces son "irresistibles" y eximen de responsabilidad.

Una colonización patológica de la vida

Poner nombres diagnósticos a determinadas experiencias vitales y a determinados comportamientos, y hacer ver que se están "descubriendo" nuevas entidades patológicas, resulta una conducta fácil de realizar, en la medida en que puede eludir la necesidad de demostrar su correspondencia con los hechos. Desde la segunda mitad del siglo XVIII, y a lo largo de los siglos XIX y XX, el proceso de patologización, que tantos han denunciado (Moynihan, Heath y Henry 2002; Follette y Houts, 1996; Szasz, 2007a; Blech, 2005; González y Pérez, 2007), ha ido colonizando sin control casi todas las áreas de la vida, hasta el punto de que ya en tiempos del propio Kräpelin se admitía que "no hay alienista a quien no se haya acusado, ya en serio, ya en broma, de ver locos en todas partes" (Kräpelin, 1988:303).

Esto ha ocasionado además un caos en la nosología psiquiátrica (Szasz, 1968) y una proliferación de categorías taxonómicas, "una arbitrariedad enigmática, y un afán de innovación que recuerda el trabajo infructuoso de Sísifo" (Kahlbaum, 1995:38).

Pudiera ocurrir que la prevista publicación de la V edición de la clasificación nosológica DSM ampliara todavía más esta fácil patologización de la vida y de los problemas de la vida. Si en este proceso, promovido desde ámbitos profesionales, con el apoyo y la connivencia de empresas farmacéuticas, la población acepta el discurso psicopatológico y se persuade de que los problemas que le afligen son una enfermedad, será más probable que considere irrelevantes los acontecimientos y experiencias vitales que han conducido al problema y que le dan significado, que acepte e incluso reivindique la condición de "enfermo", y que acepte e incluso reclame la medicación como supuesto "tratamiento". De hecho, el volumen de psiofármacos prescritos ha aumentado exponencialmente (Szasz, 2007a; González y Pérez, 2007; Bentall, 2009)

Expulsar demonios, curar enfermedades

Si los problemas psicológicos son declarados una enfermedad, para resolverlos habrá que aplicar una *terapéutica* capaz de "curar" y expulsar la enfermedad subyacente, al igual que los exorcismos expulsan el demonio del cuerpo en el que se ha metido. Si esta persona está enferma, padece una psicopatología, habrá de



ser tratada y curada por su bien, y si es necesario por la fuerza (Szasz, 2007b, Bentall, 2009), incluso en aquellos casos en que ella piense que no lo necesita, que no desee ser tratada o que rechace el tratamiento, a menudo enfrentándose a una cruzada a favor de la "adherencia al tratamiento". Cuando la intervención coercitiva queda pretendidamente legitimada como "acto terapéutico", siempre se podrá decir "qué tiene de malo lo que están haciendo, lo están curando". Y si los tratamientos tienen efectos colaterales claramente dañinos e invalidantes, qué se le va a hacer, son exigencias del "tratamiento", se dirá.

Desde las sangrías mediante sanguijuelas en la yugular contra la manía, hasta los más modernos psicofármacos, pasando por el coma insulínico, por la cirugía que secciona fibras nerviosas (lobulotomía), o por las descargas eléctricas en el cerebro (electrochoque, eufemísticamente denominado hoy terapia electroconvulsiva) con las consiguientes convulsiones y daño cerebral a menudo irreversible que ocasiona, han sido diversas las intervenciones consideradas como "terapias" y "curaciones" de los problemas que afligen a las personas. Pero, si el modelo psicopatológico es una quimera y el diagnóstico es una logomaquia, la supuesta "curación" no podía ser más que una quimera también, un simulacro de curación.

La quimera terapéutica de los psicofármacos

El simulacro se concreta en la actualidad de manera especial en los psicofármacos, declarados como supuestos "tratamientos indicados" para el supuesto desequilibrio neuroquímico (dopaminérgico en la psicosis, serotoninérgico en la depresión, gabaérgico en los problemas de ansiedad), supuesta "sede y causa" de la psicopatología que se quiere curar. No cabe duda de que los psicofármacos, al igual que el alcohol, la nicotina o la cocaína, alteran los procesos bioquímicos que son copartícipes en el comportamiento y en los problemas psicológicos, si bien lo hacen con indudables efectos secundarios a menudo graves e irreversibles (González y Pérez, 2007; Bentall, 2009). Pero los psicofármacos, o las sangrías de antaño, o la lobulotomía, *no equivalen a una terapia, no curan nada* que pudiera estar allí donde ellos actúan, porque allí no hay ninguna "enfermedad mental", ningún trastorno molecular, ningún desequilibrio neuroquímico que pueda aducirse como sede y causa del problema psicológico que se trataría de "curar", al contrario de lo que, sin embargo, sí hace un antibiótico que puede curar una meningitis o una encefalitis que tienen su sede en el encéfalo.

Decir, pues, que un psicofármaco es un "tratamiento" de una enfermedad es un simulacro de terapia, una quimera curativa. Y decir que las alteraciones fisiológicas que provoca son una "prueba" de la existencia de esa enfermedad, es una falacia del tipo "*post hoc, ergo propter hoc*" y una tautología, como cuando los efectos de un fármaco sobre la dopamina se aducen como "prueba" de que el problema se debería a un déficit de dopamina (Rose, 2008). La supuesta "eficacia terapéutica" de los psicofármacos sobre una supuesta sede y causa del problema no tiene más valor epistemológico que la supuesta eficacia terapéutica de la sangría sobre la supuesta congestión cerebral que Esquirol aducía como sede y causa de la manía. Las alteraciones fisiológicas de la hipovolemia y de la grave anemia producidas por la sangría en todo el organismo y en la conducta supondrían la "curación" de la manía y "probarían" la existencia de la congestión cerebral como su causa.

Pero, del mismo modo que la quimera del modelo psicopatológico no ha impedido darle literalidad a la metamorfosis declarativa de los diagnósticos, tampoco ha impedido que tenga lugar el simulacro de la "curación" y la literalidad de las equivalencias funcionales de las palabras "tratamiento", "curación" o "terapia". De hecho, la supuesta "eficacia terapéutica" de los psicofármacos está jugando un papel importante en la patologización de los problemas psicológicos, aportando un "respaldo farmacológico" a la logomaquia psicopatológica. Como denuncia Szasz (2007a), si se aprueba un fármaco como "tratamiento" de un problema, diagnosticado por ejemplo como "déficit de atención con hiperactividad", eso determina que el problema pase a ser considerado como una enfermedad. De este modo, tratar farmacológicamente determinados problemas resulta una estrategia eficaz para "patologizar" esos problemas, y al mismo tiempo para promocionar el preparado farmacológico por parte de la industria farmacéutica (González y Pérez, 2007; Moynihan, Heath y Henry, 2002).

Tomar una pastilla y asunto resuelto

La supuesta eficacia terapéutica de los psicofármacos está también incidiendo en la *simplificación de la complejidad biográfica de los problemas psicológicos*, en su caricaturización como un asunto de moléculas que no funcionan bien en el cerebro y en la reducción de la intervención profesional a "dar una pastilla sin más". Si esto es una enfermedad y esto (una sangría, un psicofármaco) es un "tratamiento" que la "cura", asunto resuelto. En este



sentido, la quimera curativa de los psicofármacos se ve así reforzada porque resulta funcional y comfortable, tanto para los profesionales como para las personas tratadas farmacológicamente, para simplificar la explicación, el afrontamiento y la solución de los problemas vitales ("tan simple como tomarse una pastilla"). Por otra parte, los efectos farmacológicos desactivadores y tranquilizantes (sedación, somnolencia, retraso psicomotor, anhedonia, reducción de la reacción de atención, inhibición de las conductas de evitación) de los fármacos que bloquean la acción dopaminérgica podrían convertirse, al menos para los profesionales, en un poderoso reforzador que potencie la probabilidad y la frecuencia de la prescripción, la reafirmación de la hipótesis dopaminérgica y el enmascaramiento de los graves e irreversibles efectos colaterales del bloqueo neuroquímico.

No te comprendo

El modelo psicopatológico dificulta también la comprensión de lo que ocurre en los encuentros de comunicación interpersonal entre los profesionales y las personas psicopatologizadas, y a los que, por otra parte, la psiquiatría y la psicología clínica han hecho a lo largo de la historia incontables y valiosas aportaciones. Pero esa comunicación se ve afectada cuando lo que en ella ocurre es *reinterpretado en clave psicopatológica*, cuando el significado dinámico de las experiencias vitales de la narración autobiográfica queda congelado y ocluido por la *retórica del síntoma*: *Mi manera de comprenderte es decirte que padeces una enfermedad, un trastorno, algo que tienes ahí dentro, algún desequilibrio de tus neurotransmisores. Aunque tal vez esto es también negarme a comprenderte.*

Las lecciones de clínica psiquiátrica de Kräpelin (1988) nos muestran cómo el modelo psicopatológico impide también reconocer el impacto de la relación interpersonal y del *comportamiento de los profesionales* en los comportamientos que son exhibidos en el aula de la lección clínica como quien muestra la coloración de la piel, una ictericia o una ascitis. Desde la perspectiva del modelo, estos comportamientos (protestas, intentos de huir, negativa a cooperar, mutismo) nada tendrían que ver con las condiciones en las que esas personas son conducidas hasta el aula y con la coacción y las maniobras humillantes realizadas por Kräpelin (pincharles con agujas, echarles agua fría, sujetarlas con fuerza para impedirles la deambulación), sin que ellas puedan eludirlos y sin que sus protestas y su llanto sean tomados en consideración. La profesión de fe psicopatológica permite en-

cubrirlas y eximir las de responsabilidad. Yo *no tengo ninguna responsabilidad en esos comportamientos*, podría decir Kräpelin, son responsabilidad del "estado morbosos", síntomas del trastorno que esa persona padece, como lo podría ser la ictericia de un hígado cirrótico o el esputo de una bronquitis.

La coartada ideológica del modelo psicopatológico

La ortodoxias del modelo psicopatológico, al situar en una factoría cerebral o mental la supuesta entidad de la que brotaría directamente el comportamiento "patológico", permite pasar por alto las circunstancias vitales que inciden en la aparición de los problemas psicológicos, y evitar el análisis crítico de los procesos de control social y de los juicios de valor por los que algunos comportamientos son definidos como "anormales", "desviados" o "patológicos". Pero para la *teoría del control social* (Scheff, 1999) un comportamiento no es "problemático", "desviado", "anormal" o "patológico" per se con independencia del etiquetado que así las denomina. Por eso, cuando se define la conducta desviada como un asunto que tiene su causa en el interior del individuo, se elude el análisis crítico del sistema de control social en relación con el cual fue definida como desviada. Al enmascarar de este modo su propia práctica de control y etiquetado social, lo puede ejercer de una manera más sutil y efectiva.

En esa medida, el modelo psicopatológico y el diagnóstico psicopatológico se convierten en *ideología social* (Ribes, 1990), en soporte ideológico del encubrimiento de aquellas circunstancias vitales, lo que le hace ser preferido por el pensamiento político conservador y por el poder establecido (Albee, 1996). Si existen problemas psicológicos, si algo no funciona bien, es debido a procesos morbosos de la mente, a fallos bioquímicos del cerebro, a la "mente enferma", a la psicopatología. La solución de esos problemas pasa, pues, por "curar" esa patología mental, reparar el supuesto desequilibrio bioquímico: *encárguense ustedes de curarles la enfermedad que padecen, de restablecer la salud mental*". En la medida en que las instituciones sociales invisten así de autoridad y recompensan el acto diagnóstico, están decidiendo también que lo que le ocurre a esta persona es que "padece una enfermedad" que hay que curar.

La quimera del modelo patológico y del acto diagnóstico, y el espejismo de estar "curando enfermedades", aparecen entonces también como *conductas de evitación* que son reforzadas porque permiten *simplificar la ardua tarea* de comprender y de afrontar la complejidad de las experiencias vitales y de los problemas, reducen la an-



siedad que produce la incertidumbre y, por añadidura, ofrecen a través de la intervención farmacológica una solución también "sencilla". Son otras tantas de las muchas razones por las que la logomaquia goza de gran poder y respaldo ideológico, social, institucional y profesional, y por las que el cambio de paradigma y la rebelión epistemológica, lógica y ética ha de estar a veces animada por un espíritu heroico.

DESVELAR EL SECRETO DE LOS ENIGMAS

Para la psicología, los comportamientos y los problemas psicológicos no son un enigma. Son su objeto de estudio y sobre él recae todo el vigoroso potencial heurístico y hermenéutico del acervo conceptual, metodológico y técnico de sus paradigmas, con el que analiza y comprende en profundidad su naturaleza, su génesis y su significado.

Un modelo radical, biográfico y transaccional

En otros lugares (Costa y López, 2003, 2006, López y Costa, 2012), hemos propuesto y desarrollado el Modelo ABC que incorpora y organiza en su arquitectura todo ese acervo de la psicología, y que no vamos a desarrollar en el espacio de este artículo. Baste decir aquí que ABC es un *modelo radical* porque va a la raíz del comportamiento y de los problemas de comportamiento, y porque, en nuestra opinión, puede sustentar el *cambio radical de paradigma* al que nos referíamos al principio respecto al modelo psicopatológico. Es además un *modelo biográfico* porque cada comportamiento y problema de comportamiento se revela como un *suceso biográfico integral*, como la obra de la *persona entera* que tiene además una *historia biográfica*, única e irrepetible.

Para el Modelo ABC y para los paradigmas de la psicología, los comportamientos y problemas de comportamiento no son emanaciones cerebrales, sino que se engendran como tales en los *procesos transaccionales* de influencia recíproca entre biografía y contexto en los que *cumplen una función* y *tienen un significado*. En ese proceso transaccional la biografía personal se hace permeable al poder activador del contexto y el contexto se hace permeable al *poder operante de las acciones* de la biografía personal.

Los delirios no brotan del cerebro ni de una enfermedad

A la luz de esta perspectiva transaccional, el *lugar de producción* y de *origen* de una fobia, de un delirio, de una alucinación, de una depresión, de una experiencia

de ansiedad, y de sus significados, no está, pues, en una sede de la biografía. No son sucesos inherentes a la biografía o intrínsecos a los circuitos sinápticos de su cerebro, no son el efecto de la bilis en el cerebro como quería Huarte de San Juan o de la congestión cerebral como querían Esquirol o Maudsley, ni un desequilibrio de los neurotransmisores como quiere la nueva ortodoxia psicopatológica. No brotan de algún lugar, como la sangre de una herida, no son una "secreción" encefálica, como tampoco lo es el lenguaje. Su *modo de producción* no es igual al que produce el cortisol en el eje hipotálamo hipofisiario o al que produce la orina en el glomérulo renal. Los delirios no "brota" de la enfermedad como quería Vallejo-Nágera. No son psicopatología, *no pertenecen a la categoría de los hechos patológicos ni de los síntomas*.

Los problemas psicológicos nacen de las experiencias transaccionales

Los problemas psicológicos son *experiencias vitales inherentes e intrínsecas a las transacciones* entre la biografía y el contexto, brotan de ella, con la complejidad de los factores biográficos y contextuales y de la historia biográfica que las definen, y cuya naturaleza analizan y explican los paradigmas de la psicología. Asimilarlos a patologías y a supuestos desequilibrios bioquímicos, superponerles una categoría nosológica que es tan sólo una logomaquia tautológica, secuestrarles las transacciones y experiencias vitales que son su raíz, suplantando los *circuitos contextuales y transaccionales* por *circuitos patológicos*, es negarles su verdadera esencia, es *desnaturalizarlos*. Despojados del significado transaccional que los hace comprensibles, no es extraño que, como dijimos antes, a los ojos del modelo psicopatológico los problemas psicológicos carezcan de sentido, sean un enigma.

Este carácter transaccional, y muy en particular *interpersonal*, de los problemas psicológicos no pasó desapercibido para muchos de los representantes del modelo patológico, entre los que podemos citar a Harry Stack Sullivan y a Carlos Castilla del Pino, cuando trataron de comprender el sentido existencial de las experiencias vitales.

Existen también sectores que desde la Psicología investigan y desarrollan su práctica clínica desde una perspectiva transaccional específicamente psicológica y que, no obstante, asumen parcialmente y a menudo la retórica ("síntomas", "síndrome", "trastorno mental",...) propia del modelo psicopatológico (Vallejo,



1998; Labrador, 2008; Caballo, Salazar y Carrobles, 2011). Nos preguntamos si no sería preferible obviar esta terminología para dejar más nítido el enfoque específicamente psicológico y transaccional propio de los paradigmas de la psicología y el planteamiento crítico que ellos mismos hacen del modelo psicopatológico.

Las bases estructurales de la conducta y las fantasías neuromitológicas

También a la luz de esta perspectiva transaccional, propia de la Psicología, han de ser tamizadas las importantes aportaciones actuales de las neurociencias. Los problemas psicológicos no son emanaciones del cerebro, pero, como es obvio, sin cerebro, y sin los sistemas neuroendocrinos que lo vinculan con el resto del cuerpo, no hay comportamiento ni problema de comportamiento. *Sin biología no hay biografía.* Negar que los delirios sean "secreciones" cerebrales, como quería Vallejo-Nágera, no equivale a negar que los procesos neurofisiológicos intervienen en los delirios. Éstos y otros muchos procesos fisiológicos, bioquímicos, celulares y genéticos son la *base estructural de la biografía personal* y están siempre implicados, como *condición necesaria*, como *copartícipes* que *habilitan* (Rose, 2008) las transacciones. Las experiencias vitales son, pues, auténticas *experiencias biográficas psicofisiológicas, bioconductuales*, al tiempo que son también contextuales y transaccionales. Pero, los fenómenos fisiológicos no son suficientes para que se produzca un comportamiento. *La biología no es la biografía.* Para ello, es preciso que se produzcan las transacciones que penetran la biología y fecundan su plasticidad.

La actual investigación en el campo de las neurociencias y de la biología molecular está haciendo aportaciones significativas al conocimiento de los fenómenos neurofisiológicos, vasculares y moleculares que son correlatos estructurales en los delirios, en las alucinaciones, en las experiencias de estrés, en la depresión, y en todo comportamiento humano. Pero esas investigaciones, por sí solas, no aumentarán nuestro conocimiento acerca de cómo se aprende el lenguaje o cómo se construyen las experiencias de estrés, las alucinaciones o los delirios. No encontrarán en los circuitos neuronales conductas prefabricadas, ni ningún "homúnculo" que las produjera, ni ningún "fantasma en la máquina" (Ryle, 2005), porque no están allí su sede y su causa, porque la neurotransmisión y el flujo vascular cerebral no son la conducta ni la "causa eficiente" de la conducta, ni la causa

de la experiencia problemática, porque "en el cerebro no hay ningún lugar donde la neurofisiología se convierta misteriosamente en psicología" (Rose, 2008:186),

IR HASTA LA RAÍZ, BEBER DE LAS FUENTES

Creemos que la psicología con sus paradigmas puede aportar una visión crítica de la ortodoxia psicopatológica y de sus insuficiencias y ofrecer una alternativa para comprender el significado profundo de los problemas psicológicos, recogiendo la rica herencia acumulada por las disciplinas que desde hace más de dos siglos han tratado de hacer aportaciones a esa comprensión.

Pero ir hasta la raíz de los problemas supone beber también de la fuente de la copiosa herencia de los paradigmas de la psicología que siguen permanentemente abiertos a la luz de la investigación básica y aplicada y que reclama fidelidad epistemológica, ética y profesional. Tal vez ahondar en las raíces de los paradigmas de la psicología nos permita encontrarnos en un lugar común, reconocernos herederos de una larga tradición en la que se ha forjado el acervo conceptual, metodológico y tecnológico de la psicología y de sus cuatro paradigmas. En ese lugar común, podremos seguir deliberando entre nosotros y con los profesionales de otras disciplinas acerca de la naturaleza de las experiencias vitales de las que decimos que constituyen problemas psicológicos y acerca del valor práctico que pudieran tener los sistemas de clasificación en vigor de esos problemas, una vez desmontada la metamorfosis declarativa, la logomaquia que los ha convertido en patología, escondida a menudo tras la denominación pretendidamente neutral pero reificada de "trastorno".

Creemos que todo esto supone también despatologizar la psicología clínica, decir sin ningún rubor que *los problemas psicológicos no son psicopatología*, renunciar a la logomaquia, restituirles su verdadera naturaleza, su génesis y su significado. Creemos que de este modo estaremos en mejores condiciones para comprender esos problemas y ofrecer estrategias de solución en el seno de la alianza de trabajo de la relación de ayuda. No obstante, despatologizar el comportamiento humano no es una tarea fácil porque, como hemos visto más arriba, el modelo psicopatológico cosecha beneficios a corto plazo que contribuyen a mantenerlo en vigor. Hemos de elegir, pues, entre estas consecuencias inmediatas ventajosas que se acompañan de los inconvenientes a los que nos hemos referido a lo largo del artículo, y las ventajas a corto, a medio y a largo plazo que se pueden derivar del cambio de paradigma que proponemos. Nosotros, por nuestra parte, hemos optado por continuar con un



planteamiento crítico del modelo psicopatológico, reivindicando el lugar que a la ciencia psicológica le corresponde en la comprensión de los problemas vitales que afligen a tantas personas. Y en ello, vamos a seguir (López y Costa, en preparación). Este artículo es también una invitación a proseguir este camino y a continuar el debate que está emergiendo.

REFERENCIAS

- Albee, G.W. (1996). Introduction to the special issue on Social Darwinism. *The Journal of Primary Prevention*, 17(1), 3-16.
- Bental, R.P. (2009). *Doctoring the mind. Is our current treatment of mental illness really any good?* Nueva York: University Press.
- Blech, J. (2005). *Los inventores de enfermedades. Cómo nos convierten en pacientes.* Barcelona: Destino.
- Bayés, R. (1977). *Introducción a la farmacología del comportamiento.* Barcelona: Fontanella.
- Bayés, R. (1980). *Una introducción al método científico en Psicología.* Barcelona: Fontanella.
- Caballo, V.E., Salazar, I.C. y Carrobbles, J.A. (2011). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos.* Madrid: Pirámide.
- Costa, M. y López, E. (1986). *Salud Comunitaria.* Barcelona: Martínez Roca.
- Costa, M. y López, E. (2003). *Consejo psicológico. Una alianza estratégica para el apoyo, la potenciación y el cambio.* Madrid: Síntesis.
- Costa, M. y López, E. (2006). *Manual para la ayuda psicológica. Dar poder para vivir. Más allá del counseling.* Madrid: Pirámide.
- Damasio, A. (2010). *Y el cerebro creó al hombre.* Barcelona: Destino.
- Follette, W.C. y Houts, A.C. (1996). Models of scientific progress and the role of theory in taxonomy development: a case study of the DSM. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1120-1132.
- Frith, Ch. (2008). *Descubriendo el poder de la mente. Cómo el cerebro crea nuestro mundo mental.* Barcelona: Ariel.
- González, H. y Pérez, M. (2007). *La invención de trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid: Alianza.
- Insel, Th. R. (2010). Rethinking schizophrenia. *Nature*, 11 noviembre, vol 468, 187-193.
- Kahlbaum, L. (1995). *Clasificación de las enfermedades psíquicas.* Madrid: DOR, S.L. (Edición original, 1863).
- Kräpelin, E. (1988). *Introducción a la clínica psiquiátrica.* Madrid: Nieva.
- Labrador, F.J. (2008). *Técnicas de modificación de conducta.* Madrid: Pirámide.
- Laín Entralgo, P. (1987). La enfermedad humana. En A. Albarracín (coord.). *Historia de la enfermedad.* Madrid: Saned.
- Lasègue, Ch. (1994). *Del delirio de persecuciones.* En F. Colina y J.M. Álvarez. *El delirio en la clínica francesa.* Madrid: Dorsa. (págs 49-77).
- López, E. y Costa, M. (2012). *Manual de Consejo Psicológico. Una visión despatologizada de la Psicología Clínica.* Madrid: Síntesis.
- López, E. y Costa, M. (en prensa). *Los problemas psicológicos no son enfermedades. Un análisis crítico de la retórica psicopatológica.* Madrid: Pirámide.
- Maudsley, H. (1991). *Las causas de la locura.* Madrid: Dorsa (Edición original, Londres, 1868).
- Moynihan, R., Heath, I. y Henry, D. (2002). Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ*, 321, 886-891.
- Pérez-Álvarez, M. (1996). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista.* Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pérez-Álvarez, M. (2011). *El mito del cerebro creador. Cuerpo, conducta y cultura.* Madrid: Alianza Editorial.
- Ribes, E. (1990). *Psicología General.* México: Trillas.
- Rose, S. (2008). *Tu cerebro mañana. Cómo será la mente del futuro.* Barcelona: Paidós.
- Ryle, G. (2005). *El concepto de lo mental.* Barcelona: Paidós.
- Scheff, Th. J. (1999). *Being mentally ill. A sociological theory.* Nueva York: Aldine de Gruyter.
- Schneider, K. (1997). *Psicopatología clínica.* Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología. (1ª edición, 1946).
- Szasz, Th. (1968). *El mito de la enfermedad mental.* Buenos Aires: Amorrortu.
- Szasz, Th. (2007a). *The medicalization of everyday life.* Nueva York: Syracuse University Press.
- Szasz, Th. (2007b). *Coercion as cure. A critical history of psychiatry.* Londres: Transaction Publishers.
- Vallejo, M.A. (1998). *Manual de terapia de conducta.* Madrid: Dykinson, Vols I y II.
- Vallejo-Nágera, J.A. (1971). *Introducción a la psiquiatría.* Barcelona: Editorial Científico-Médica.
- Vila, J. y Fernández-Santaella, M.C. (2009). *Tratamientos psicológicos. La perspectiva experimental.* Madrid: Pirámide.

