

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE CÁDIZ

**PSICOPATOLOGÍA, PSIQUIATRÍA Y POSTMODERNIDAD**

**José Manuel González Infante**

Académico Numerario y Catedrático de Psiquiatría

CÁDIZ

CONFERENCIA IMPARTIDA EL 22 DE MARZO DE 2012

## **RESUMEN.-**

Se realiza una revisión crítica de la situación actual de la Psicopatología y la Psiquiatría Clínica en la Postmodernidad. Los ámbitos de estos conocimientos que se analizan expresamente son: La Relación Médico-Enfermo, la Nosología, la Asistencia y, la Terapéutica psiquiátrica, poniendo particular énfasis en destacar, los cambios acontecidos a los mismos tras el impacto socio-cultural representado por el pensamiento postmoderno.

**Palabras Clave: Psicopatología, Psiquiatría, Modernidad, Postmodernidad.**

Total de págs. 30

Núm. palabras 10.419

## **SUMMARY.-**

Is carried out a critical review of the current situation of clinical Psychiatry and psychopathology in postmodernism. The areas of knowledge which are expressly discussed are: La relation Médico-Enfermo, the Nosology, the care and psychiatric Therapeutics, with particular emphasis on stress, the changes to them after the socio-cultural impact represented by postmodern thought.

**Keywords: Psychiatry, psychopathology, modernity, postmodernism**

## INTRODUCCIÓN.-

La evidente ambigüedad que he dado al título de mi intervención de hoy, pretende que participemos, desde el momento mismo del inicio de su desarrollo, de la propia experiencia del pensamiento postmoderno. Un título como el sugerido puede tener distintas lecturas, al poder hacer referencia lo mismo a los saberes psicopatológicos y psiquiátricos en general, que a las relaciones existentes entre ellos, que a la postmodernidad vista desde diversos aspectos del acontecer humano, e incluso, a la vinculación del conocimiento psicológico-psiquiátrico con la postmodernidad, tanto como dependientes de ella –de *la...*-, coincidentes con ella –*en la...*- o también, como impulsores de ella –*por la... o en pro de...* -.

Esta indeterminación, esta incertidumbre, e incluso, por qué no, este relativismo con que enunciamos el trabajo que seguidamente les expondré, debe ponerles sobre la pista de que en nuestro estudio, la postmodernidad va a tener una relevante significación, siendo las disciplinas con las que la relacionaremos, campos de conocimientos en los que quién les habla, se ha desenvuelto por imperativos docentes, investigadores y profesionales durante casi medio siglo, tiempo no siempre suficiente, aunque sí necesario para intentar analizar las repercusiones que la postmodernidad ha tenido sobre ellas y, concluir transmitiéndoles algunos puntos de vista propios, sobre esa, no sabemos bien si llamarla: Cultura, pensamiento, movimiento, periodo histórico, actitud filosófica, ideología o puro y simple interregno.

Dicho lo cual, les alerto de que hablaremos de la patología psiquiátrica específica de la postmodernidad (patologías emergentes), de la epistemología psiquiátrica que emana de la cosmovisión postmodernista, e incluso de la metamorfosis sufrida por ciertos síntomas psicopatológicos y su relación con los cambios axiológicos de nuestra cultura

## PSICOPATOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA DE LA POSTMODERNIDAD.-

La psicopatología y la psiquiatría clínica han experimentado profundas modificaciones en sus bases conceptuales y en su praxis, merced a la influencia del que se ha convenido en llamar *pensamiento postmoderno*, cuyo alumbramiento se produce

a mediados de la década de los años 60 del pasado siglo y culmina en los finales de los años 80. Durante dicho periodo de tiempo ejerce esta corriente de pensamiento una dilatada influencia sobre la epistemología psicopatológica y la psiquiatría clínica, influencia que pervive inalterada durante toda la primera década del siglo XXI. Para comprender los mecanismos gestores de estos acontecimientos no tenemos más remedio que remontarnos a la historia reciente de este sector del conocimiento científico.

La psiquiatría científica inicia su andadura a finales del siglo XIX, momento en el que se afana desesperadamente por adecuar sus fundamentos metodológicos a los de la medicina. Con esfuerzo, pretende emular lo hecho por la ciencia matriz en la que se incardina afanándose en seguir los postulados conceptuales científico-naturales, lo que sólo consigue parcialmente, dadas las particularísimas características de su objeto de estudio: las enfermedades mentales.

La psiquiatría se precia en ser una ciencia médico-antropológica cuyo quehacer se centra en el hombre enfermo, para ser más precisos, en el hombre afecto de una especialísima forma de enfermar, la enfermedad mental.

Para abordar su objeto de estudio, le es imprescindible el concurso del modelo clínico cuya técnica *princeps* la constituye *la relación médico-enfermo*, entendida como una particularísima forma de comunicación interpersonal en la que dos “yo” –ambos dotados de conciencia y ejerciendo su libre albedrío- interactúan desde la base de sendas motivaciones: Una necesidad de ayuda frente a su pathos, experimentada por el enfermo y un deseo de prestarla según su episteme, sentido por el médico.

Esta relación *cuasi diádica* –como la llamaba LAÍN ENTRALGO- ha entrado inevitablemente en crisis en la época actual merced al *pensamiento racionalista*, salvajemente dominado por la *razón instrumental*, que impone como principio fundamental el de una *eficacia* manifiestamente anti ética: su consecución, ni se cuestiona los medios, ni hace la menor crítica de sus fines.

Pero un ataque -a mi juicio- mucho más demoledor es el dado al diálogo médico-enfermo por el *positivismo* implícito en la ciencia racionalista actual, que al imponer el más intransigente monismo metodológico, la objetividad más absoluta, y el más férreo reduccionismo, han puesto en entredicho toda *subjetividad*, es decir, han eliminado *ipso facto* la esencia misma de la relación médico-enfermo.

¿Cómo puede el psiquiatra servirse del método experimental para iluminar la escena en la que tiene lugar esta relación interhumana? ¿Cómo objetivar la intencionalidad de los contenidos de la conciencia? ¿Cómo, en definitiva, puede el psiquiatra renunciar a sus profundas convicciones holísticas?

Esa *razón instrumental* a la que hemos hecho mención, fundamenta los procesos de tecnificación y burocratización propios de nuestra cultura, y que constituyen la matriz de la ciencia racionalista; esa ciencia que se atreve a eliminar de la relación interpersonal a la *egointervención*, o lo que por tal entiende ALLPORT, “estado de total participación del yo, como conocedor, organizador, observador, buscador de posición social y ser socializado” (“La estructura del ego”. Siglo XX. 1969:28 y siguientes).

Como este gran psicólogo nos hace ver con meridiana claridad, los seres humanos no tenemos el mismo comportamiento en circunstancias habituales e impersonales, que en otras cargadas de contenidos íntimos, personales. Y concluye ALLPORT, “en el primer estado no se encuentra comprometido el ego; en el segundo, sí”.

¿Podemos considerar la relación médico-enfermo como algo impersonal y rutinario? Creo que la contestación es obvia: ¡De ninguna manera! Muy al contrario, está henchida de la emotividad que emana de ambos “yos” que interactúan y que, en definitiva, nos hace comprender su razón de ser como insustituible herramienta metodológica de la clínica psiquiátrica, permitiéndonos, en unos casos, *explicar* una patología psiquiátrica de base corporal, en otros, *comprender* los síntomas afectivos de una depresión reactiva, incluso *interpretar* la dinámica psíquica de una neurosis, pero además de ser el fundamento de esta triple metodología del quehacer psiquiátrico – métodos explicativo, comprensivo e interpretativo-, se postula como la plasmación del primer principio de la Bioética, el principio de Beneficencia, al conseguir, siempre, ayudar de manera inmediata al enfermo y, en ocasiones, ejercer como método terapéutico.

Pero esta Medicina Dialógica –en el más puro sentido de Martin BUBER- no es la que lamentablemente se viene ejerciendo como práctica cotidiana por nuestros equipos asistenciales, donde la entrañable figura del paciente, ha sido sustituida por la del “usuario”, en unos casos y, la del “cliente”, en otros. Tamaño contrasentido no puede darse más que en una sociedad como la que vivimos, en la que el “tener” ha sustituido al “ser”, propiciándose que el “consumo” pase a ser un ingrediente señero del estar aquí en el mundo. Este contravalor, además de originar comportamientos manifiestamente antisociales, a los que con el nombre de “patologías emergentes”, obligadamente hemos de referirnos más adelante, propicia eufemismos tales como los de “usuario” según el diccionario: *el que tiene derecho a usar de la cosa ajena*, o el de “cliente” definido en términos económicos *como quien accede a un producto o servicio por medio de una transacción económica*, en sustitución del de “paciente” o *persona que sufre y es atendida por un médico*.

Privada la relación M-E de su carácter de experiencia subjetiva, se cosifica al enfermo que se convierte así en un mero objeto de manipulación en lugar de

coejecutor necesario de la labor médica. Por su parte, el facultativo, obligado a la objetivación del otro y privado de su *egointervención* en el proceso clínico, acepta los postulados positivistas, a los que nos hemos referido anteriormente, sirviéndose de “cuestionarios”, “escalas diagnósticas”, “listados de síntomas”, “psicopatogramas” y un largo etc. de sistemas de evaluación protocolizados. Al enfermo no se le escucha, sólo se le interroga siguiendo las rígidas pautas impuestas por los protocolos clínicos de obligado cumplimiento.

La aculturación de la Psiquiatría por la postmodernidad, vista desde la perspectiva de un psiquiatra, cuyo ejercicio se inició en las postrimerías de la década de los años 60 del pasado siglo, es la de temer por su desmembración.

La Psiquiatría, lo mismo que la Medicina occidental en general, tuvo como ideal fundamental el de su universalización, esta tendencia ha sido profundamente transgredida por el *relativismo* postmoderno. Se crean nuevos *tipos clínicos* sustentados exclusivamente sobre bases sociológicas y prevalentes en ciertos colectivos sociales. En tanto la *esquizofrenia* es un trastorno pansociocultural, *las adicciones, las patologías por estrés, los trastornos alimentarios, las crisis de pánico*, etc., son cuadros mucho más localistas.

Permítanme, al hilo de lo expuesto, que les refiera lo acontecido precisamente con la esquizofrenia. En los años sesenta del pasado siglo, apareció una corriente de pensamiento a la que se denominó *Antipsiquiatría* que, como impulsora de la renovación, del ya entonces, caduco modelo asistencial psiquiátrico –BASAGLIA-, merece que se le reconozca el mérito de haber removido las conciencias de los psiquiatras, favoreciendo la puesta en práctica de una *Neoasistencia psiquiátrica* imprescindible. Pero a la vez, desde planteamientos netamente relativistas, se atacaban los fundamentos nosológicos básicos de la psiquiatría. Para las más representativas figuras del movimiento antipsiquiátrico –LAING y COOPER-, se consideró que la esquizofrenia no era más que un constructo artificial, gestado en el seno de la cultura occidental, carente por completo de los atributos definidores de una verdadera entidad nosológica. Convenían que no se trataba de una enfermedad psíquica, sino de una *forma de contestación* frente a una cultura dominada por la tecnificación y la burocratización, manifiestamente deshumanizante. Este doble ataque, al corazón mismo de la Psiquiatría y a los cimientos socio-culturales de Occidente, como crítica social no deja de ser acertado, pero en su vertiente psicopatológica es falso y manifiestamente relativista. Las investigaciones sociopsiquiátricas transculturales y transhistóricas, se han encargado de demostrar la inconsistencia de esta tesis antipsiquiátrica, poniendo de manifiesto que lo nuclear de la psicopatología de la esquizofrenia, es la *pérdida de la actividad del yo*, alteración de la función yódica común a los esquizofrénicos de todas las culturas. El carácter

pansociocultural de la psicosis esquizofrénica rebate de raíz el planteamiento sostenido por el relativismo cultural antipsiquiátrico.

La psiquiatría desde finales del siglo XIX pretendió dotarse de un corpus doctrinal unitario delimitando el concepto de enfermedad mental siguiendo los postulados de SYDENHAM; esta es la labor que con todo entusiasmo aborda KRAEPELIN y gracias a la cual pudo delimitar, como formas clínicas independientes de los cuadros orgánico-cerebrales de carácter demencial, a unas entidades de curso también defectual y terminación demencial, a las que al no poder demostrar un sustrato lesional cerebral, llamó *psicosis funcionales*, aislando dos formas clínicas: La *demencia precoz* y la *locura maniaco-depresiva*, ésta última sin defecto terminal, como pudo observar analizando los cursos de ambas entidades, lo que le permitió concluir que, en tanto la *demencia precoz* poseía un curso rectilíneo que indefectiblemente concluía en demencia, la *locura maniaco-depresiva* además de su doble expresión clínica, se caracterizaba por tener un curso cuya terminación era la *restitutio ad integrum*. Estableció así dos tipos de cursos clínicos, uno defectual y otro no defectual, el primero designado con el término *brote* y el segundo con el de *fase*.

Más tarde BLEULER, amplió el concepto krepeliniano de *demencia precoz*, basado exclusivamente en el curso clínico: comienzo y terminación, analizando fundamentalmente los síntomas psicóticos, lo que le llevó a concluir que entre estos cuadros, había muchos de ellos que podían tener una evolución no demencial; es más, que podían curarse, de ahí el giro terminológico que dio a la *demencia precoz*, a la que desde él se conoce con el nombre de *esquizofrenia*.

Por la misma época, JASPERS establece netas diferencias entre los *desarrollos psíquicos anormales* –trastornos de la personalidad- y los *procesos* –cuadros psicóticos-, a los que dividió en dos modalidades, la de los *procesos psíquicos*, donde quedaban incluidas las psicosis funcionales –también llamadas psicosis endógenas-, y los *procesos orgánicos*, que abarcaban los cuadros orgánico-cerebrales de KRAEPELIN y su escuela y, además, psicosis orgánicas de otras etiologías.

FREUD desde una posición menos somaticista que los autores precedentes, describió por primera vez de forma positiva el concepto de *neurosis*, a las que consideró como “conflictos intrapsíquicos de carácter inconsciente”, con lo que superó el concepto negativo que de las mismas estableciera el médico escocés William

CULLEN (1769), y que hasta FREUD se venía manejando en la medicina, considerándoselas “como aquellos cuadros que cursan sin fiebre y carecen de sustrato somático lesional”.

KURT SCHNEIDER establece una clara delimitación entre las *reacciones psíquicas anormales*, las *psicosis funcionales* y las *psicosis orgánico-cerebrales*. A las primeras, en su clasificación de los cuadros psiquiátricos, las llama *variaciones del modo*

*de ser psíquico*, mientras que las otras constituyen las auténticas enfermedades mentales, es decir, poseedoras de una base orgánica responsable de su psicopatología, que en unas era conocida, razón por la que sostiene que sean denominadas como *psicosis de base orgánica conocida* –cuadros orgánico-cerebrales- y, en las otras, sólo postulada su organicidad, de ahí que las llame *psicosis de base orgánica desconocida*, - las clásicas psicosis funcionales o endógenas-.

Se sientan así las bases epistemológicas de la psiquiatría científica que, aunque criticable, unas veces por su dualismo y otras porque sus constructos nosológicos fuerzan la realidad clínica, constituían una base conceptual desde la que trabajar el psiquiatra clínico. Pero esta estructura se derrumba en las postrimerías del siglo XX.

Varias pueden ser las razones esgrimidas para explicar este acontecimiento, unas son de orden epistemológico; otras clínicas, como por ejemplo, la dificultad de entendimiento entre los psiquiatras, que originaba una discordancia manifiestamente significativa en relación con los diagnósticos; esto repercutía negativamente sobre la investigaciones psicopatológica y clínica, al ser imposible el intercambio de información entre investigadores; los estudios epidemiológicos obtenían resultados muy dispares entre especialistas de países distintos, al ser muy dispares los criterios diagnósticos de unos y otros, etc. Esta realidad indiscutible, no representa, sin embargo, a mi juicio, el conjunto de causas fundamentales responsables de los cambios que se van a producir en el ámbito doctrinal de la psicopatología y la psiquiatría; tengo el convencimiento de que, el trasfondo en el que interactúan estas concausas: el pensamiento postmoderno, es el factor fundamental que va a conducir a los profundos cambios experimentados por la psicopatología y la psiquiatría a finales del siglo XX.

Con independencia de las vicisitudes negativas experimentadas por la Relación médico-enfermo -a las que ya nos hemos referido-, los cambios que seguidamente abordaremos se centran preferentemente en tres sectores concretos, uno de ellos desdoblado en sus dos vertientes más significativas y, son los siguientes:

- La nosología psiquiátrica.
- La asistencia psiquiátrica.
- Los aspectos terapéuticos: a) Terapéuticas biológicas; b) Bases conceptuales de la psicoterapia.

LA NOSOLOGÍA PSIQUIÁTRICA.-



Abordemos en primer lugar la problemática planteada por el pensamiento postmoderno a la Nosografía psiquiátrica. Se han generado dos tipos de cuestiones: Una, consistente en la agregación al campo de la Psiquiatría de nuevas patologías emanadas del acontecer social y, prevalentes sólo en ciertos colectivos socio-culturales; dos, exclusión de la Nosografía psiquiátrica de cuadros clínicos consolidados o, atomización de entidades clínicas en una pléyade de subformas, consideradas cada una de ellas, como específica e independiente. ¿A qué obedecen estos cambios?

La postmodernidad supedita la verdad de la modernidad a la libertad, lo que implica inevitablemente una lucha política que termina con la certidumbre de la verdad absoluta, dando paso a un caos que genera importantes dosis de incertidumbre, pero que también posibilita formas de pensar distintas y, casi siempre, contrarias a la verdad, es decir, que se acaba así con la opresión de la certeza absoluta de la modernidad, para dar paso al libre ejercicio del pensar subjetivo creador del caos, y por ende, de la incertidumbre, mucho menos opresivo. Es así como el pensamiento postmoderno favorece el afloramiento de las *diferencias*, nunca tenidas en cuenta por el orden de la modernidad basado en la verdad, que las excluía.

La universalización de la enfermedad mental restringe sus límites conceptuales, excluyendo todo lo que se aparta de lo que científicamente se considera que es la verdad, pero al ser ésta cuestionada y favorecerse un mayor grado de libertad en su interpretación, se subvierte el orden establecido, considerándose “lo diferente” como una categoría a tener en cuenta. Así, aparecen nuevas entidades clínicas o son excluidas algunas de las existentes, de las clasificaciones psiquiátricas actuales; todo ello a tenor, bien de la alarma social generada por un determinado problema social, o bien, del consenso ciudadano que puede considerar como ejercicio de la libertad individual, la realización de actividades antes consideradas como anormales o patológicas. Sin entrar, en este momento, a enjuiciar este proceder, lo que sí quiero es que veamos a lo que conduce, que no es ni más ni menos que, los criterios clínicos y psicopatológicos son suplantados por criterios que solo tienen en cuenta problemas de integración social, lo que no sería más que un simple cambio de enfoque, si no fuera porque esos nuevos criterios se postulan como fundamento de las clasificaciones psiquiátricas actuales, relegando al ostracismo más injusto a posiciones epistemológicas consolidadas, lo que está conduciendo a la esterilización sistemática de la Psicopatología y la Psiquiatría como ciencias en la era postmoderna.

Una vez relacionados los cambios acontecidos a la Nosografía psiquiátrica –la agregación de nuevas patologías y la exclusión de otras-, con el marco socio-cultural de la postmodernidad, centremos nuestra atención ahora, en los constructos, sumados o sustraídos, a los glosarios actuales.

## NUEVAS PATOLOGÍAS O MAYOR RELEVANCIA DE ALGUNAS.-

### LAS NUEVAS DEPENDENCIAS.-

Aunque las toxicomanías clásicas y las más recientes drogodependencias se incluyeron, desde siempre, dentro de las clasificaciones de las enfermedades psiquiátricas, en la actualidad su número se ha visto notablemente incrementado por un variopinto panel de *nuevas dependencias* que no se caracterizan por el uso abusivo de sustancias, sino que, siguiendo el patrón trazado por la *sociedad consumista*, se valen de cualquier objeto de los muchos que se le ofertan, para convertirlos en eje central de su existencia.

Cuando la multiplicación de los contactos efímeros se convierte en habituales formas de intercambios, las relaciones humanas se despersonalizan, y el “yo” saturado por la propaganda se escinde en multitud de apariencias distintas, no puede sorprendernos que, la percepción que los individuos tienen de ese mundo en el que impera el pluralismo y la multiplicidad, les genere incertidumbre o algo aún mucho peor, viva sospecha que les paranoïdiza, favoreciendo su aislamiento. Desde este obligado egocentrismo el sujeto buscará en algún objeto de los ofertados, lo que no puede obtener de sus congéneres.

¿Qué busca el individuo “dependiente” del objeto por el que se siente atraído con *avidez*, con *furia*, con *pasión?*, como es descrito por VON GEBSATTEL [“Antropología Médica”, Ralp, Madrid (1966): 278 -293]; pues precisamente eso, es decir, el provocarse un prolongado estado de ánimo que llene el vacío existencial que experimenta.

Sin embargo, el “cambio de estado” originado en el “dependiente” por el tóxico –en las drogodependencias-, por el trabajo –en la pasión por el trabajo-, por el juego –en la pasión por el juego-, por el poder –en la avidez de poder-, por la notoriedad –en la avidez de notoriedad-, etc., no nos permite comprender los entresijos antropológicos de su dependencia, sólo la “vivencia del cambio de estado” que experimenta el individuo, nos da la clave para entenderlos.

El embotamiento placentero originado por ciertos tóxicos, por ejemplo, diluye como azucarillo los límites rígidos impuestos al “yo” por la cotidianeidad. Cuando el sujeto vivencia ese cambio de estado, su existencia adquiere un nuevo sentido, se libera de lo habitual, de lo común; potencia el poder de su ego. No necesita ya de los otros, su fuerza reside en su interior, siendo el “dios” que se la proporciona, el objeto de su dependencia.

En el ludópata lo importante no es ganar, sino los cambios de estado experimentados al ganar y al perder, es decir, su avidez es por el juego. El dependiente del trabajo trabaja incansablemente no por conseguir mayores rendimientos, sino por el trabajo.

La dependencia debe entenderse como un intento de escapar de un vacío interior insoportable, a través de un cambio de estado que se vivencia como la consecución de la plenitud de sí mismo.

Estos elementos patogenéticos a los que brevemente nos hemos referido, son comunes para todas las formas de dependencias, tanto las clásicas, como las de nueva factura aparecidas en la postmodernidad.

En todas las épocas han existido sexoadictos, ludópatas, adictos al trabajo e incluso compradores impulsivos, pero solamente en la postmodernidad contemplamos horrorizados su incesante crecimiento entre la población general de los países occidentales. Todas estas dependencias poseen un radical común de carácter etiológico: su sociogenia, siendo sus formas de expresión más específicas, las propiamente designadas como *nuevas adicciones o nuevas dependencias*, tales como: las adicciones a internet, a los video juegos, a la TV, a los móviles, etc., productos propios de las nuevas tecnologías de la comunicación.

Pero existen otras dependencias en nuestra época aún más esclavizante e incluso letales que las mencionadas, como las alimentarias del tipo de la *anorexia* y su cortejo de dietas de hambre, *la bulimia* y sus atracones impulsivos o, *la ortorexia* dominada por la obsesión de comer comidas vulgarmente consideradas saludables.

La influencia del pensamiento postmoderno en la génesis de estos trastornos está estrechamente vinculada a las características definidoras de la postmodernidad; así, el predominio del *tener* sobre el *ser* es el basamento del “consumismo” de nuestra sociedad. Se trata de un consumismo manipulado por la propaganda, que inculca la falsa idea de la sobreabundancia de todo y estimula el ejercicio de la libertad a no renunciar a nada. Por si faltara algo, la crisis identitaria del hombre de hoy, le hace perder las referencias más elementales de su sí mismo y de su mundo; se despersonaliza su relación con el otro, favoreciéndose un repliegue hacia un individualismo hedonista que difícilmente puede realizarle como persona. Todo lo cual le hace buscar, con *avidez*, con *furia*, con *pasión*, en las nuevas tecnologías – convertidas en ídolos por la secularizada sociedad postmoderna- su identidad perdida.

LA MITIFICACIÓN DE PATOLOGÍAS ANTAÑO IRRELEVANTES.-

La multiplicidad y el pluralismo del pensamiento postmoderno irrumpe en la nosología psiquiátrica, donde el número de “trastornos límites”, “formas mixtas” y “cuadros comórbidos”, se incrementan hasta extremos que sobrepasan los límites de lo razonable, para un glosario que aspire a ser mínimamente riguroso desde la perspectiva científica.

Son tres los sectores nosográficos que han experimentado cambios notables en las clasificaciones psiquiátricas actuales. Centrándonos en las dos más manejadas internacionalmente, el DSM-IV-TR y la CIE-10, se aprecia que, del conjunto de los trastornos incluidos en el eje II –trastornos de la personalidad-, es el denominado *F60.3 Trastorno límite de la personalidad* del DSM-IV-TR, el que resulta más controvertido precisamente por su difícil delimitación conceptual, lo que ha obligado a que en la CIE-10 se le asignen tres epígrafes, el *F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad (TIEP)*, el *F60.30 TIEP de tipo impulsivo* y el *F60.31 TIEP de tipo límite*. Otro cuadro clínico, también incluido en el eje II por el DSM-IV-TR, y designado como *F21 Trastorno esquizotípico de la personalidad*, es igualmente motivo de controversia, por lo que en la CIE-10, se incluye como una “forma menor” de esquizofrenia.

En el sector nosográfico de los *Trastornos del Estado de Ánimo* del DSM-IV-TR, denominados en la CIE-10 como *Trastornos del Humor*, resultan problemáticos el *Trastorno distímico* y el *ciclotímico* del DSM-IV-TR -consignados en la CIE-10 como *F34.1 Distimia* y *F34.0 Ciclotimia-*, al tratarse, en el caso del trastorno distímico, de la clásica *Depresión neurótica*, y en el del trastorno ciclotímico, de un constructo clínico edificado sobre la base del psicotipo del mismo nombre descrito por KRETSCHMER. Pero además, se llega a construir un híbrido, que se designa como *Depresión Doble*, en el que se hace interactuar a dos cuadros clínicos: un episodio depresivo mayor (expresión clínica de las formas endógenas clásicas) y un trastorno distímico (supuestamente vivencial o no endógeno).

Por último, en el desaparecido del DSM-IV-TR, sector nosográfico de las *Neurosis* –que persiste en la CIE-10 con el nombre de *Trastornos Neuróticos-*, ha adquirido inusitados vuelos el *F44.81 Trastorno de personalidad múltiple* –designado en el DSM-IV-TR como *Trastorno de identidad disociativo-*, que de ser un cuadro más cinematográfico que clínico, se ha convertido en un diagnóstico estrella en los últimos años.

Una mención aparte, pero que no podemos dejar de consignar por su importancia actual, está estrechamente relacionada con la Paidopsiquiatría. Me refiero concretamente al auge adquirido en el marco de la actividad clínica actual por los *Trastornos por déficit de atención con hiperactividad*. Los síndromes hipercinéticos en la infancia han sido considerados debidamente y consignados en los glosarios psiquiátricos desde hace tiempo. Su subdivisión, siempre muy complicada, se ha ajustado a

parámetros evolutivos, representados por la asociación o no, a la hipercinesia, de agresividad, conductas antisociales y/o comportamientos delictivos. Siguiendo estos criterios, *la disfunción cerebral mínima* de los neurólogos infantiles, cuya expresión clínica más frecuente era el síndrome hiperkinético con trastornos de la atención y comportamientos impulsivos, se consigna en la CIE-10 como F90.0 *Trastorno de la actividad y de la atención*, sin otra significación más que la de hacer constar su realidad clínica. Con una mayor extensión, pero también como un trastorno más de inicio en la infancia y adolescencia, lo encontramos en el DSM-IV-TR, bajo el epígrafe *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Pero lo relevante de esta entidad clínica y que me ha impulsado a situarla en este apartado de mi exposición, no es tanto su novedad o relevancia en las clasificaciones actuales, como la frecuencia con la que viene siendo diagnosticada por los paidopsiquiatras de hoy. En el DSM-IV (1995) se consigna una prevalencia para la misma del 3 al 5 %; pues bien, estos porcentajes resultan insignificantes cuando se comparan con el número de diagnósticos de los clínicos actuales.

Por último, no podemos dejar de mencionar también en este apartado, a un conjunto abigarrado de “trastornos comórbidos”, que se han singularizado como formas muy relevantes en la casuística psiquiátrica de hoy, dada su cada vez más frecuente presentación clínica y la alarma social que han generado últimamente. Son los que constituyen la llamada *Patología Dual*, cuya característica fundamental es la de pacientes afectados de una adicción y otro tipo de enfermedad mental, como por ejemplo, un trastorno de la personalidad, -por lo general un trastorno límite o antisocial- y una dependencia al cánnabis, a la cocaína o a la heroína; igual para el trastorno bipolar o la esquizofrenia, etc. Esta particular nomenclatura, auténtico artefacto construido por y desde la sociedad, es un manifiesto exponente de la influencia del pensamiento postmoderno, desde cuya perspectiva, todo es posible, siempre, claro está, que desde determinados colectivos sociales se llegue a consensuar que una problemática que les involucra, debe destacarse –o excluirse- como especialmente relevante. Es así, como la inflación de la práctica psiquiátrica por formas vacías, es decir, privadas de referencias nosológicas, introducen la ambigüedad y el desconcierto en esta psicopatología de la postmodernidad que nos ha tocado vivir.

#### EXCLUSIÓN O DISPERSIÓN EN LA NOSOGRAFÍA DE ENTIDADES CLÍNICAS-

Hemos de referirnos ahora, a las exclusiones de entidades clínicas tradicionales de los glosarios psiquiátricos actuales; pero no sin previamente mencionar el cambio radical impuesto al concepto mismo de enfermedad mental, por parte de influyentes grupos y asociaciones psiquiátricas –caso de la APA-, al valerse de definiciones operacionales, libres de connotaciones etiológicas, para sustituir las clásicas definiciones conceptuales. Es así, como en los DSM de la APA y en la CIE europea se

fue produciendo un abandono progresivo –consolidado ya definitivamente- del término *psicosis*, sustituido por el de *trastorno*. El término *neurosis* se ha suprimido por completo de los DSM y, aunque aún subsiste en la CIE-10, lo hace semicamuflado como secundario a situaciones estresantes y acompañado por los trastornos somatomorfos (F40-49).

Como hemos dicho, las neurosis han desaparecido o han perdido su antigua vigencia en las clasificaciones psiquiátricas de hoy, pero lo más significativo es que han experimentado un proceso de “atomización” sin precedentes, al que seguidamente nos vamos a referir.

#### EL SECTOR DE LAS NEUROSIS: PLURIMORFISMO CLASIFICATORIO.-

Tanto en la clasificación americana como en la europea, se ha seguido el criterio de la proliferación de subformas, como veremos seguidamente. Para captar adecuadamente los grandes cambios experimentados por el clásico concepto de neurosis, conviene referirnos a cuál era su edificación nosográfica hasta antes de sufrirlos. (GRÁFICA I)

El concepto de neurosis implicaba un cuadro clínico que, con independencia de su etiopatogenia, poseía una semiología dominada preferentemente por la “angustia”. Cuando su expresión clínica era la angustia, se trataba de una “neurosis de angustia”, también llamada “neurosis básica”, por poseer, descarnado, el síntoma fundamental. La delimitación de las restantes subformas de neurosis obedecía a qué mecanismos psíquicos eran movilizados por el paciente para neutralizar la “angustia”.

Así, las “psiconeurosis” -llamadas así porque su fenomenología clínica estaba formada por síntomas exclusivamente psíquicos: fobias y obsesiones-; se subdividían en “neurosis fóbica” en la que las defensas inconscientes movilizadas circunscribían la “angustia” a una acción u objeto concreto, que se constituía como el único estímulo desencadenante de la angustia para el paciente; y, en “neurosis obsesiva”, en la que los enfermos, movilizaban defensas, mucho más complejas, de carácter mágico-mítico, mediante las que conseguían circunscribir la angustia a determinadas “ocurrencias obsesivas”, pudiendo, por otra parte, contrarrestar la angustia mediante “rituales obsesivos”.

En el caso de las “somatoneurosis” –así llamadas porque su cuadro clínico se expresaban fundamentalmente mediante síntomas somáticos: crisis convulsivas, parálisis, síntomas pseudocognitivos, digestivos, respiratorios, dermatológicos, etc.-; se

## NOSOGRAFÍA CLÁSICA DE LAS NEUROSIS

---

### CLASIFICACIÓN DE LAS NEUROSIS

**PSICONEUROSIS**

**NEUROSIS BÁSICA**

**SOMATONEUROSIS**

**N. OBSESIVA**

**N. FÓBICA**

**N. DE ANGUSTIA**

**N.HISTÉRICA**

**N.VISCERAL**

---

#### Gráfica I

subdividían en “neurosis histérica” y “neurosis visceral”. En todas ellas y, haciendo abstracción de particularidades más complejas, -en las que no es éste el momento de entrar-, los síntomas somáticos serían la expresión de la “angustia” básica (equivalentes de la angustia).

Una mención especial merece la consideración de la “neurosis histérica”, subdividida en dos subformas clínicas: La “histeria de conversión” y la “histeria disociativa” y, una “estructura de personalidad” característica: la “personalidad histérica”. En la “histeria de conversión” se produciría la conversión de la angustia en síntoma somático; en la “histeria disociativa” el “yo” se disocia por acción de la angustia desorganizándose los contenidos de la conciencia (desdoblamientos, estados

crepusculares psicógenos, etc.) y, por “personalidad histérica” se entendía una estructura estable de modo de ser y de comportamiento (histrionismo).

Este carácter unitario en torno a la estructura psicopatológica fundamental, la angustia, se ha perdido en las clasificaciones actuales, siendo sustituida la unidad patogenética clásica por una pluralidad sindrómica, fiel reflejo del pluralismo y la multiplicidad del pensamiento postmoderno.

¿Cómo se consignan las antiguas neurosis en los glosarios psiquiátricos actuales?

En el DSM-IV-TR se distribuyen las periclitadas formas neuróticas en cuatro sectores clínicos independientes: 1) Los “trastornos de ansiedad”, que comprenden 13 subformas –dos de ellas referidas a los trastornos por estrés-, integrarían a las neurosis de angustia, fóbica y obsesiva; 2) los “trastornos somatomorfos” con 2 subformas clínicas, incluyen a la clásica histeria de conversión; 3) los “trastornos disociativos” subdivididos en 5 subformas, se asemejan a la histeria disociativa (GRAFICA II); y, 4) los “trastornos facticios”, donde se consignan los cuadros antaño llamados de “simulación” y “disimulación”. La personalidad histérica de los autores clásicos se conserva intacta aunque con otro nombre, el de “trastorno histriónico de la personalidad”, pasando a formas parte de los “trastornos de la personalidad” que constituyen el Eje II del DSM.

En la CIE-10 europea, se respeta un poco más la nosotaxia clásica. Se mantiene, como hemos dicho la denominación de neurosis, anteponiéndole el término “trastorno”; así, se constituyen 6 subformas de los que se denominan “trastornos neuróticos secundarios a situaciones de estrés y somatomorfos”, que son: 40.0. “Los trastornos por ansiedad fóbica”, delimitados de F41. “Otros trastornos de ansiedad”, conglomerado en el que cabe casi todo, desde “el pánico” hasta algunos tipos de formas mixtas de ansiedad. En el F42. “Los trastornos obsesivo-compulsivos”, mantiene su carta de identidad la neurosis obsesiva; en el F44. “Trastorno disociativo” se incluye la “Conversión”, de manera que se podrían integrar aquí, tanto la histeria de



[En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV-TR]

TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN

TRASTORNO SOMATOMORFOS

[**HISTERIA DE CONVERSIÓN**]

TRASTORNO DE CONVERSIÓN

AMNESIA DISOCIATIVA

FUGA DISOCIATIVA

TRASTORNO DISOCIATIVO

[**HISTERIA DISOCIATIVA**]

TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVO

TRASTORNO DE DESPERSONALIZACIÓN

TRASTORNO DISOCIATIVO NO ESPECIFICADO

---

GRÁFICA II

conversión como la disociativa; la quinta suforma de la CIE es el F45. “Los trastornos somatomorfos”, dejándose, por último, un apartado para F43. “Los trastornos adaptativos”.

OTROS CUADROS EXCLUIDOS DE LOS GLOSARIOS ACTUALES.-

La homosexualidad desapareció de los DSM en el año 1973, al aceptarse por parte de la APA que se trataba de un estilo de vida alternativo y no de un cuadro

psicopatológico. El gran impulsor de este cambio fue SPITZER, quién al revisar la versión DSM-II, consideró que un trastorno mental es aquel que produce angustia regularmente, asociada frecuentemente a deterioro en el funcionamiento social. Al no cumplirse estos criterios en la homosexualidad, fue suprimida del catálogo de trastornos psíquicos. La CIE de la OMS, terminó también retirando de su glosario de alteraciones psicopatológicas a la homosexualidad en el año 1990, emulando así a su influyente competidora norteamericana.

Se produjo en este caso, lo contrario a lo acontecido con la Patología Dual, que ya hemos comentado; pero lo importante a destacar de ambos es que, tanto la exclusión de uno del campo de la psicopatología, como de la primacía dada al otro, obedece a decisiones consensuadas y asumidas como verdades en virtud del relativismo postmoderno.

#### LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA.-

Es este un sector clave y especialmente sensible del acontecer psiquiátrico, al ser el escenario en el que se desarrolla la actividad que a la psiquiatría le corresponde como ciencia médica aplicada. Como tal, está abierto a la crítica que desde el campo científico en general, y el de la ciencia médica en particular, se le pueda hacer; sin olvidar, como no podría ser de otra manera, la crítica emanada de la opinión pública, reflejo de la actitud de la comunidad social, a cuyo servicio está la psiquiatría.

Son muchos los factores que han intervenido en el desarrollo de la asistencia psiquiátrica tal como hoy la conocemos. Así, la multiplicación de cuadros clínicos cada vez más inespecíficos, ha sido una de las causas que ha contribuido a que se diversifique extraordinariamente la praxis psiquiátrica, lo que siendo beneficioso desde la perspectiva asistencial, no lo es desde la conceptual, si bien las ambigüedades propias del pluralismo nosográfico han sido superadas mediante la conversión de los distintos síndromes clínicos, en unidades pragmático-operacionales, a través de acuerdos conseguidos mediante consenso. Es así como el pragmatismo del pensamiento postmoderno, unido a su arraigado carácter operacional, supo soslayar las contradicciones que en el seno de la epistemología psicopatológica generó su radical relativismo.

Si hasta casi mediados del siglo XX la asistencia psiquiátrica poseía sólo un carácter asilar, en la actualidad se ha desembarazado de la institución manicomial y ha sabido dotarse de nuevas estructuras asistenciales que se adecuan bien, a preservar la dignidad de la persona humana, a favorecer la salud mental de los individuos y a propiciar la curación de la enfermedad psíquica o, conseguir la reinserción social del enfermo mental en las mejores condiciones posibles.

Estos avances, conformadores de la denominada, a finales de los años sesenta del siglo pasado, *Neoasistencia psiquiátrica*, se produjeron en buena medida, impulsados por las ideas aportadas por el entonces incipiente movimiento postmoderno. El concepto de *neurosis institucional* o el de *psicopatología como alienación* de Foucault, entre otros, propiciaron la desinstitucionalización de los enfermos psíquicos y su asistencia en la comunidad. Se pasaba así de una asistencia cuyo eje central era el hospital psiquiátrico a otra en la que este eje se desplazaba significativamente a la comunidad. Este cambio radical impulsaba la prevención en todas sus formas, al poderse detectar precozmente una determinada patología mental, al propiciarse la continuidad de los cuidados asistenciales y, en definitiva, facilitando la reinserción social del enfermo mental.

Toda esta revolución asistencial requería una infraestructura institucional compleja y costosa, pero absolutamente necesaria para su desarrollo. Fue así como tras el cierre de los manicomios se crearon unidades psiquiátricas para enfermos agudos en los hospitales generales; los centros asistenciales ambulatorios se multiplicaron en el seno de la comunidad; se estimuló la práctica de la terapia ocupacional comunitaria, la laborterapia, la asistencia socio-familiar, etc. Esta diversificación de los servicios, obligaba a la inclusión en los equipos terapéuticos de profesionales no psiquiatras. El personal de estos equipos multidisciplinarios con el desarrollo de sus actividades específicas hacía más eficiente la praxis psiquiátrica.

Esta permeabilización de las fronteras de la psiquiatría, promovida desde el ejercicio de su actividad práctica, hizo ganar prestigio social a la psiquiatría como ciencia médica, al acreditar su manifiesta utilidad para la sociedad; pero además, enriqueció el conjunto de sus conocimientos mediante las aportaciones de otras ciencias, todo lo cual propició su expansión, tanto en el mundo científico en general, como y, sobre todo, en el de las ciencias humanas; así, la antropología complementa mediante la etnopsiquiatría, su campo de investigación; la psicohistoria ayuda en la investigación historiográfica; la psicopatología entendida como patología de lo psicológico o psicología de lo patológico, incentiva la investigación psicológica hacia nuevos derroteros, etc.

Estos indiscutibles progresos en las actividades prácticas de la psiquiatría y la psicopatología, deben ser administrados por los psiquiatras con suma cautela, para impedir que, como en ciertos ámbitos ha ocurrido, se produzcan aberrantes generalizaciones, como las que han conducido a trasladar a la sociedad pretensiones psiquiatrizadoras. La psiquiatría ni está legitimada teleológicamente, ni posee la capacidad necesaria, para catalogar como psicopatológica a una sociedad o a una cultura. La psiquiatría es una ciencia médica lo que la sitúa en las antípodas de cualquier posible *sociatría*. No es riguroso ni conveniente extrapolar a la sociedad hallazgos extraídos de la práctica clínica, como se hizo en determinados momentos,

sirvan como ejemplos, algunas generalizaciones psicoanalíticas, las descripciones que permitieron a KRETSCHEMER aislar sus conocidos psicotipos e incluso conclusiones precipitadas extraídas de investigaciones epidemiológicas, que generaron infundadas alarmas sociales.

La indefinición e inespecificidad de los constructos clínicos, a los que son tan proclives los comités de expertos imbuidos por la postmodernidad, así como la vulgarización de términos como depresión, ansiedad, estrés, etc., favorecen también, que las personas consulten al psiquiatra por triviales problemas en la convivencia familiar y laboral, o por dificultades adaptativas propias del tránsito de las edades, que antes se asumían como circunstancias vitales perfectamente solucionables por el propio individuo.

Cuando no se atemperan los excesos, es lógico que desde sectores influyentes de la sociedad y desde la propia comunidad científica, se oigan voces críticas hacia la psiquiatría; pero también es posible que si no se matizan con claridad nuestras actuaciones, se produzcan críticas poco documentadas o generalizaciones injustas basadas en casos puntuales, como he podido leer en relación con las investigaciones pato-psico-biográficas de personajes históricos –tema para mí, particularmente sensible- considerándose que se hace uso de los resultados de éstas investigaciones para la reinterpretación de la historia. Precisamente las que yo conozco más directamente y cuya metodología he seguido en algún trabajo reciente, no suelen recurrir a interpretaciones dinámicas, sino que se valen de la más estricta comprensión fenomenológica y, naturalmente, nunca han pretendido reinterpretar los hallazgos de las investigaciones historiográficas, sino a lo sumo, aportar su modesto apoyo a las mismas.

Aunque no directamente achacable al acontecer psicopatológico y psiquiátrico, pero sí que, favorecido posiblemente, por la psicologización de la sociedad actual y su paradójica búsqueda de fórmulas de espiritualidad y experiencias místicas, se están prodigando prácticas ajenas a nuestra cultura occidental, encaminadas a resolver problemas individuales y/o de convivencia, en las que, lo que quiero destacar como más significativo, son sus estrechos vínculos con determinadas características del pensamiento postmoderno. Me refiero concretamente a la *práctica del “mindfulness”*, con la que se pretende que quienes la practican sean conscientes de lo que están haciendo, pensando o sintiendo en el instante mismo en que lo están experimentando. Como puede apreciarse esta técnica de meditación está estrechamente relacionada con la atención, la conciencia y el presente-presente del individuo. Su pretensión de hacer consciente los contenidos de la mente momento a momento, hace que el individuo se retrotraiga exclusivamente al presente inmediato, lo que está en perfecta sintonía con la tendencia generalizada en la sociedad postmoderna, a que vivamos en un presente perpetuo, ajeno al auténtico sentido de la historia.

## LAS TERAPÉUTICAS PSIQUIÁTRICAS EN LA POSTMODERNIDAD.-

No menos importante que los cambios habidos en los campos psicopatológico y psiquiátrico, a los que ya nos hemos referido, son los acontecidos en el sector de las terapéuticas psiquiátricas, como consecuencia del impacto que sobre ellas ha ejercido, la corriente de pensamiento postmoderno.

Son variadas las razones que han contribuido a favorecer el incesante desarrollo experimentado por las mismas, pero de entre todas, a la que destacaría preferentemente es a la sintonía establecida entre los tratamientos psiquiátricos y la *razón instrumental*, fundamento de la *tecnificación* a la que se considera inspiradora del pragmatismo postmoderno.

Como ya hemos referido, en la postmodernidad se desconfía de muchos de los postulados de la ciencia moderna, pero en cambio, se acogen con sumo entusiasmo todas las innovaciones tecnológicas, interpretándolas como el basamento de nuestro bienestar social. No es de extrañar pues, que un sector de fuerte raigambre tecnológica haya prosperado muy significativamente en nuestra época. Esto no es privativo de las terapéuticas psiquiátricas sino que está generalizado para todo el conjunto de las ciencias médicas, los extraordinarios avances conseguidos por la cirugía, la traumatología, y en general, por todas las especialidades de la medicina, se debe a las nuevas tecnologías.

Los psicofármacos actuales representan toda una revolución de carácter tecnológico, pero también lo es la terapia electroconvulsiva (TEC), la rehabilitación mediante la robótica, la telemedicina, la informática sanitaria, y un largo etc.

Pero lo que quiero destacar aquí es la repercusión que esa tecnología puntera ha tenido sobre el campo psiquiátrico en general. Así, ha habido un corrimiento de la investigación psicopatológica desde los sectores de la *psiquiatría dinámica, la conductista, la fenomenológica y la existencial*, hacia la *psiquiatría biológica*, debido tanto a su afinidad metodológica con la experimentación científica, como a su eficacia al ser aplicada a la asistencia de los enfermos psíquicos. Es así como aparecen modelos psicopatológicos útiles para esta investigación, pero muy distantes de la realidad del enfermar psíquico del hombre. La concepción de la patología mental como el resultado de disfunciones neuronales, se generaliza desproporcionadamente, surgiendo explicaciones patogénicas de los trastornos psíquicos de índole bioquímica, que colisionan con las interpretaciones psicodinámicas. La sobreabundancia de investigaciones basadas en ensayos clínicos con psicofármacos, es significativamente desproporcionada al compararlas con las clínico-fenomenológicas. Se obliga a la epistemología psiquiátrica a separarse de sus postulados holísticos, pretendiéndose

sustituir el modelo bio-psico-social por un modelo centrado casi exclusivamente en lo biológico.

Intentemos estudiar de manera más pormenorizada este ingente cúmulo de nuevas perspectivas terapéuticas y doctrinales, de la psiquiatría y la psicopatología de la postmodernidad.

#### LA NEURO-PSICO-FARMACOLOGÍA.-

Con esta significativa denominación se designa, en la actualidad, a las tecnologías diseñadas para la elaboración de fármacos útiles en la clínica psiquiátrica. Si nos fijamos mínimamente en la terminología utilizada, es fácil observar que, salvo la consideración de lo psicológico como epifenómeno, lo neurológico y lo farmacológico son las estrellas guías de esta vertiente de la investigación tecnobiológica; se excluye así a la psiquiatría y la psicopatología como las verdaderas ciencias matrices de esta tecnología de la investigación aplicada a la clínica. Mucho más demostrativo en este mismo sentido, resulta el otro término, hoy por hoy, más generalizado, de *neurociencias*, del que se excluyen, directamente ya, a las ciencias psiquiátricas, fin obsesivamente perseguido por estos sectores emergentes típicos de la postmodernidad.

La era psicofarmacológica en psiquiatría se inicia en el año 1952, cuando LABORIT comprobó casualmente que la *clorpromazina (Largactil)* poseía efectos tranquilizantes sin determinar sedación –a dosis medias y baja-. Se abandonó así su condición de producto antihistamínico –antiemético-, efecto por el que se había intentado elevar a la categoría de fármaco para uso clínico. Después se confirmó su efecto en el circuito de la dopamina, reforzándose la eficacia que se le reconocía en el tratamiento de la esquizofrenia. Hasta el año 1958 no se cuenta con una *butirofenona*, *el haloperidol*, también muy eficaz en el tratamiento de la psicosis esquizofrénica.

Poco antes, en 1957, se introduce en la clínica la *imipramina (Tofranil)*, tricíclico inhibidor de la recaptación de la noradrenalina y serotonina, eficaz en el tratamiento de la depresión y, casi simultáneamente, la *lproniazida*, *inhibidor de la MAO* e igualmente eficaz antidepresivo.

Hay que esperar casi hasta la década de los años 80 del pasado siglo, para que comience el “boom” psicofarmacológico, imparable desde entonces hasta nuestros días. Si nos fijamos, el auge de los psicofármacos coincide exactamente con la aparición del movimiento postmoderno, auténtico hilo conductor de sus postulados esenciales.

La investigación psicofarmacológica posee tres características que son particularmente apreciadas en la sociedad postmoderna, reconociéndosele, precisamente por ellas, un altísimo valor como tecnología de vanguardia. Así,

comporta, en primer lugar, multidisciplinariedad, al requerir el concurso de profesionales diversos, -bioquímicos, farmacólogos, farmacéuticos, psicopatólogos y, psiquiatras de orientación biológica, etc.-; en segundo lugar, se vale de tecnología avanzada con altos niveles de control, evaluación y aplicación, según una rigurosa normativa y, por último, se afana por conseguir que el resultado final del proceso productivo desarrollado posea la mayor especificidad posible.

La sustancia psicoactiva dotada de estas prestigiosas credenciales pasa a formar parte del arsenal terapéutico del psiquiatra y, con ella, la clínica psicopatológica asume novedosas fisonomías. La “práctica psiquiátrica basada en la evidencia” atrae el interés de los especialistas de todos los niveles asistenciales; los metaanálisis se consultan como oráculos cargados de sabiduría; en los estudios comparativos entre la *psiquiatría biológica* y otras metodologías de tradicional prestigio de la psiquiatría clínica, la primera, parece reunir, casi siempre, la máxima calificación; conceptos tales como biodisponibilidad, bioequivalencia, vida media o corta, ventana terapéutica, resistencia, etc., propios de la farmacología, se generalizan entre los psiquiatras, mientras que el lenguaje del psicótico, antaño sometido al más meticuloso estudio, se considera una jerga ininteligible producto residual del deterioro alcanzado.

#### ESTADO ACTUAL DE LA TERAPIA ELECTRO CONVULSIVA (TEC)

También la tecnificación, la multidisciplinariedad y la consecución de la máxima especificidad, se han unido en la postmodernidad, para dar prestigio a una técnica terapéutica aparecida a finales de los años 30 del pasado siglo y que, salvo para algunos psiquiatras, parecía haber desaparecido como tratamiento de las enfermedades psíquicas. Me estoy refiriendo a la *terapia electro convulsiva* (TEC).

La TEC se introduce como tratamiento psiquiátrico por CERLETTI y BINI, en 1938, sustituyendo inmediatamente a otras *terapéuticas de choque*, tales como la de von MEDUNA, mediante la administración intravenosa de cardiazol, y, la *cura de SACKEL* o insulino-terapia.

Con la aparición de los psicofármacos y, sobre todo, por su desprestigio a tenor de lo aparatoso de su praxis, la TEC parecía tener los días contados y, sin embargo, hela aquí, pujante y no exenta de prestigio y consideración como eficaz tratamiento psiquiátrico. ¿A qué obedece este resurgimiento? Pues, precisamente, a estar respaldada por las tres características anteriormente apuntadas y valoradas muy positivamente en la postmodernidad.

La actual TEC, es un dechado de perfeccionamiento tecnológico, al requerir su uso un aparataje complejo, que reduce al mínimo la corriente que se aplica al paciente, registra en un monitor el inicio y el fin de la fase convulsiva y, nos da cuenta

del estado de las constantes vitales del enfermo, en todo momento. La detección gráfica de la convulsión es muy necesaria, dado que la crisis tónico-clónica no tiene lugar, al estar el paciente sometido a la acción de un anestésico (barbitúrico) y un relajante muscular (succinilcolina). Su aplicación se suele efectuar en un quirófano y bajo la supervisión de un equipo multidisciplinario, constituido por un psiquiatra, un anestesista y un técnico sanitario de enfermería especializado. Por otra parte, sus indicaciones se restringen a ciertas formas de esquizofrenia catatónica, a las formas depresivas endógenas graves y a los pacientes con alto riesgo suicida.

#### LA PSICOTERAPIA EN LA POSTMODERNIDAD.-

El término de psicoterapia siempre se ha entendido como la terapia por medios psíquicos. Hay una definición clásica que la describía como “el tratamiento de la psique con la psique”. Es importante hacer esta aproximación conceptual para no caer en el error de considerar a la psicoterapia como la terapéutica de las alteraciones psíquicas. Si como dice ALONSO-FERNÁNDEZ, asumimos que “el primer eslabón de la acción de la psicoterapia radica en el estrato psíquico de la personalidad” [Psicología Médica y Social. Paz Montalvo, (1974): 327] y, consideramos sus posibles acciones sobre toda persona que la ha recibido, estaremos en mejores condiciones para situarla en el justo lugar que le corresponde. La ayuda psicoterapéutica actúa a tres niveles distintos: a) facilita al sujeto el comprenderse mejor a sí mismo; b) propicia su maduración afectiva y emocional; y, c) lo pone en situación de poder aceptar con libertad y responsabilidad sus disponibilidades. En principio, pues, se hace patente su inespecificidad como medida terapéutica, dato, a mi juicio, de gran importancia para comprender las expectativas que ha despertado en el ámbito científico en general y en el médico en particular, sin olvidar el papel que se le reconoce como instrumento de frecuente uso entre las terapéuticas psiquiátricas. Estas vicisitudes de la psicoterapia deberemos analizarlas, además, considerándola encuadrada en la actualidad, en el contexto sociocultural propio del pensamiento postmoderno.

Desde la perspectiva médica -siempre que el médico se despoje de un poco de su formación somaticista- la psicoterapia puede entenderse como una técnica que no excluye otras formas terapéuticas, más bien se trata de una práctica concurrente con otras para la consecución del fin primordial de la medicina: La curación del paciente.

Su encuadre en el conjunto de los conocimientos psicológico-psiquiátricos -por ser precisamente su propio campo- requiere de una explicación algo más detenida.

Así, su adscripción al sector de la psicología científica es un hecho incuestionable. Las distintas formas de psicoterapia de reconocida eficacia práctica, se sustentan sobre la base doctrinal de una determinada corriente psicológica. No podríamos entender su acción general y/o clínica, si no aceptásemos que ésta tiene



lugar sobre el estrato psíquico de la personalidad. En cuanto recurso terapéutico, consiste en la aplicación de los conocimientos psicológicos para la resolución de problemas humanos, siendo los profesionales de la psicología, por su formación, sus gestores más genuinos.

Para la psiquiatría, su utilidad como terapéutica clínica está suficientemente probada, siendo absolutamente congruente su inclusión en el conjunto de los tratamientos psiquiátricos. En la asistencia psiquiátrica se usa como técnica terapéutica única, en aquellos cuadros cuya génesis psicodinámica es manifiestamente evidente, y, como técnica asociada a psicofármacos u otro recurso somatoterapéutico, se consigue una mayor eficacia y eficiencia curativa.

Si tenemos en cuenta ahora, los dos límites a los que toda psicoterapia debe enfrentarse, cuales son: La realidad del mundo circundante y, las características estructurales del yo, resulta evidente que las influencias del medio sociocultural propio de la postmodernidad, tiene una decisiva repercusión sobre las psicoterapias actuales.

De siempre el carácter polisémico del término psicoterapia ha englobado a metodologías muy variadas fundamentadas en múltiples escuelas y corrientes neurofisiológicas, psicológicas y filosóficas.

Las *terapias de modificación de la conducta* se iniciaron con las investigaciones de PAVLOV sobre los reflejos condicionados y se perfeccionaron cuando SKINNER estableció las bases de su condicionamiento operante; pero este enfoque restringido sólo a la conducta limitaba sus indicaciones, lo que se superó cuando BECK consideró que la conducta puede cambiarse cuando se modifican las cogniciones de las personas, introduciendo la *psicoterapia cognitivo-conductual*. El *psicoanálisis* freudiano se fragmentó, pocos años después de haber sido creado, en una variada gama de posiciones heterodoxas –ADLER, JUNG, KAREN HORNEY, M. KLEIN, etc.-, de las que surgieron distintas formas de *psicoterapias psicodinámicas*. Las escuelas fenomenológicas y analítico existenciales siguiendo derroteros distintos, se sirvieron del pensamiento filosófico de HUSSERL, HEIDEGGER, SARTRE, MARCEL, JASPERS, etc., surgiendo de ellas técnicas psicoterápicas como *el análisis existencial* de BINSWANGER, el de BOSS y la *logoterapia* de FRANK, entre otras. Se generalizan también las técnicas grupales de psicoterapia, en las que la dinámica bipolar propia de la psicoterapia individual, se extiende al grupo en cuyo seno se produce la curación; entre sus variantes más representativas están la *psicoterapia de grupo analítica* y el *psicodrama* de Moreno, entre una extensa variedad de técnicas.

La ingente variedad de escuelas y técnicas de psicoterapia, hace imposible, no ya su descripción, sino incluso, su mera enumeración, razón por la que sólo me he limitado a mencionar algunas, como muestras de todas ellas. Pero lo que sí quiero destacar aquí, es que no hay ninguna forma de psicoterapia que no cuente con una

base teórica fundamentada en un sector del conocimiento científico. Pues bien, este principio fundamental va a ser cuestionado por el pensamiento postmoderno, cambiándose así importantes directrices del quehacer psicoterapéutico en la actualidad.

El postmodernismo considera sin valor a toda la narrativa científica moderna, negando la cosmovisión impuesta por la modernidad. Para el paradigma post-racionalista, la pérdida del carácter absoluto de categorías, tales como la materia, la energía, el espacio, el tiempo, etc., conseguía su relativización. El determinismo de la modernidad se trueca en indeterminación azarosa e imprevisible; es así como la verdad del relato científico se convierte en incertidumbre carente de credibilidad. Para el pensar postmoderno, las explicaciones científicas de la realidad mundana ceden su puesto a su manipulación tecnológica, en definitiva, la certeza científica debe dar paso a la eficacia técnica.

Centrándonos expresamente en sus repercusiones sobre las psicoterapias apreciamos, por ejemplo, como el pensamiento postmoderno de base *constructivista*, aunque no llega a negar tajantemente las verdades científicas, sí que cuestiona su carácter de verdades últimas y, por ende, que sean las únicas formas de entender y comprender la realidad y el mundo. Para GERGEN (“El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo”. Paidós. 1992), la verdad parece ser una cuestión de perspectiva, de ahí que su utilidad quede para el intercambio y el consenso social. Esto hace que las psicoterapias sean meros constructos para la comunicación interpersonal que facilitan el intercambio y propician el consenso. La psicogénesis de las anomalías y los trastornos, que se consignan en las bases conceptuales psicoterapéuticas, son ficciones sin credibilidad que deben ser reemplazadas por el aquí y el ahora de la relación presente; es decir, lo que interesa no es la historia sino el presente inmediato.

Tras lo expuesto, podemos estar en condiciones de analizar los derroteros por los que discurre una psicoterapia impregnada de pensamiento constructivista.

- La ausencia de fundamentación científica relativiza el conocimiento humano, al no ser posible acceder directamente a la verdad sino a las propias construcciones, que están influidas por la actividad constructiva de quién las genera.
- La negación de la existencia de leyes generales a las que se supedita la realidad, hace que las especificidades y los localismos, es decir, la individualidad, sea el principio rector de lo real, de manera tal que, por ejemplo, el yo carece de continuidad, mostrándose como un yo fragmentado y discontinuo.

- Al no ser el conocimiento humano un fiel reflejo de la realidad, sino una construcción establecida a partir de procesos cognitivos que operan fuera de la conciencia y de las interacciones sociales de los sujetos, la persona carecería de la necesaria competencia para enfrentar adecuadamente a su entorno, siendo a la vez, irresponsable de sus acciones.

La ausencia de verdadera fundamentación científica, la fragmentación sufrida por el yo y, el construccionismo ajeno al propio sujeto, es el origen de un relativismo extremo que imposibilita cualquier tipo de acción y favorece el caos, propiciando un nihilismo difícilmente aceptable para el sujeto. La única solución alternativa al mismo es la adopción de un neopragmatismo en virtud del cual, sin entrar en plantearse la verdad de una proposición o negarla, lo relevante sería, si el plantearse el hecho de aceptarla como cierta, nos conduce a un resultado satisfactorio; por ejemplo, si aceptamos como cierta –sin entrar en si es verdad o no lo es- la patogénesis de un trastorno sustentada por una determinada escuela; todo se reduciría a analizar si esto favorece o no nuestra relación con el paciente y de qué forma lo hace.

Una técnica de psicoterapia de frecuente uso en la actualidad es la llamada *terapia familiar sistémica*, cuya finalidad es la de encauzar adecuadamente las relaciones de pareja, familiares y sociales; pues bien, esta técnica terapéutica está sustentada por tres fuentes de conocimiento: a) La *teoría general de los sistemas* de von BERTALANFFY, para la que aunque exista una realidad exterior, el mundo que percibimos es una creación nuestra -concebida a través de la selección de ciertos aspectos de la realidad- mediante la cual nos hacemos una idea del mundo en el que vivimos; b) la *cibernética*, en especial la de 2º orden, que también matiza la importancia del papel del observador en la construcción de la realidad observada y, c) la *teoría de la comunicación*.

¿A qué lejana distancia de la teoría freudiana del inconsciente, del condicionamiento operativo skineriano, de la logoterapia de FRANK o de los criterios humanistas de C. ROGERS, se encuentra la psicoterapia de la postmodernidad?

No debo concluir mi intervención sin antes referirme al compromiso, asumido al iniciarla, de exponer la metamorfosis experimentada por ciertos síntomas psicopatológicos, en virtud de los cambios axiológicos sufridos por nuestra cultura por el pensamiento postmoderno.

En el mundo de hoy, la tan citada crisis de los valores no reside tanto en la desaparición de éstos, como en los profundos cambios sufridos en su jerarquización. En la actualidad, lo habitual es que se alzaprimen los valores materiales sobre los

espirituales (morales). El impacto que en nuestra sociedad ha producido estos cambios es de tal naturaleza, que su impronta es fácilmente visible en múltiples facetas del acontecer humano.

Permítanme que para ilustrar lo dicho me valga de una observación extraída de la clínica psiquiátrica, y que, desde hace algunos años han venido constatando los psiquiatras, en relación con la psicopatología de la depresión.

Los cuadros depresivos graves se expresan clínicamente además de por un importante trastorno del humor, -representado por una peculiar forma de tristeza- y, por déficit psicomotores, que afectan a la mímica, la gestualidad y, en general, a la movilidad de los pacientes, también por alteraciones en el pensar que suelen adoptar tres formas temáticas básicas: la referida a la *culpa*, a la *ruina* y a la *enfermedad corporal*. En el ámbito de nuestra cultura, los sentimientos de culpa acompañaban con mucha frecuencia al referido trastorno afectivo, interpretándose que la influencia del pensamiento judeo-cristiano sobre el pensar y el sentir del hombre occidental, podía ser la razón que justificaba ese hecho de tanta significación clínica. A medida que el racionalismo se generalizaba y la secularización era más manifiesta en el seno de nuestra sociedad, los sentimientos de culpa iban reduciendo su presencia como acompañantes obligados de los episodios melancólicos, mientras que incrementaban su significación clínica los sentimientos hipocondríacos y de ruina.

Pues bien, en el hombre de hoy, la primacía de las *ideas de ruina e hipocondriacas* sobre las *ideas de culpa*, ha hecho que cambie la fisonomía clínica de los delirios depresivos, siendo sobreabundantes los referidos a la pérdida de los bienes materiales y a la salud física, mientras que han caído en picado estadísticamente, los hasta hace cuarenta o cincuenta años más frecuentes, las ideas delirantes de culpa.

Vemos pues, como la importancia de la modalidad existencial adoptada por el ser humano en nuestro tiempo, en la que predomina el *tener* sobre el *ser* y la *inmanencia* sobre la *trascendencia*, influye decisivamente hasta en sus más genuinos modos de enfermar psíquicamente.

## **BIBLIOGRAFÍA.-**

ALONSO-FERNÁNDEZ, F.: "Psicología Médica y social." Ed. Paz Montalvo. Madrid, 1974.

ACEITUNO, R. y BORNHAUSER, N.: "Discurso psicopatológico y subjetividad contemporánea". Rev. Psicología de la Univ. de Chile. XIV, 2. 2005: 111-122.

ALLPORT, G.W.: "La estructura del ego". Ediciones siglo veinte. Buenos Aires, 1969.

- BERMANN, G.: "Las psicoterapias y el psicoterapeuta". Paidós. Buenos Aires, 1964.
- CAMPUZANO, M.: "La postmodernidad y su influencia en los individuos, los conjuntos sociales, la psicopatología y el psicoanálisis". Vínculo. Vol. 1, núm. 6, 2009 (Brasil)
- DETRE, T.P. y JARECKI, H.G.: "Terapéutica psiquiátrica". Salvat. Barcelona, 1974
- ENGELHARDT, H.T.: "Los fundamentos de la Bioética". Ediciones Paidós. Barcelona, 1995.
- FERNÁNDEZ DEL RIESGO, M.: "La postmodernidad y la crisis de los valores religiosos". www. Webislam. com/Opinión (2000).
- GAFO, J.: "Bioética Teológica". Universidad Pontificia Comillas. Madrid, 2003.
- GEBSATTEL, V.E.F. von.: "Antropología médica". Ediciones Rialp. Madrid, 1966.
- GONZÁLEZ INFANTE, J.M., RIAL GARCÍA, A., SEÑOR, C.B. y SOTO ALBA, D.: "Televisión y comunicación interpersonal". Psicopatología, 14, 4º, Madrid, 1994: 149-152.
- GONZÁLEZ INFANTE, J.M.: "Reto, a la Psicología moral de los actuales cambios socio-culturales". Lección inaugural del curso 2011-2012 del Centro de Estudios Teológicos "Seminario de San Bartolomé". Cádiz, 2011.
- GONZÁLEZ MARCHANT, A.: "La psicopatología en la Modernidad y la Postmodernidad". Rev. Biomédica. Actas de reuniones clínicas. Medwave. VI, 5, Junio, 2006. Univ. de Chile.
- KÜNG, H.: "Proyecto de una ética mundial". Editorial Trotta. 2006.
- LYOTARD, J.F.: "La condición postmoderna". Cátedra, 1984.
- LLEVADOT, L.: "Kierkegaard y la cuestión del lenguaje". Daímon. Revista de Filosofía, 43, 2008: 93-101.
- MARTÍN MURCIA, F.: "Cambios sociales y trastornos de la personalidad postmoderna". Papeles del Psicólogo. Julio, 2, 27, 2006.
- MOYA, J.: "El sujeto y las transformaciones sociales". Espacio epistemológico. Barcelona, Feb., 2002.
- PASTOR MARTÍN, J. y OVEJERO BERNAL, A.: "Michel Foucault, un ejemplo de pensamiento postmoderno". A Parte Rei. Revista de Filosofía. 46, Julio 2006.
- PÉREZ ÁLVAREZ, M.: "Psicoterapia de la Postmodernidad". Papeles del psicólogo. Junio, 79, 2001.

ROLDAN, A.F.: “Cómo volver a los valores éticos en la sociedad postmoderna”.  
www.Teólogos.com.ar. (2003).

RUESCH, J. y BATESON, G.: “Comunicación. La matriz social de la Psiquiatría. Paidós.  
Buenos Aires, 1965.

&&&&&&&&&&&&&&&&&

A MANERA DE RESUMEN Y ADENDA DEL TRABAJO: “PSICOPATOLOGÍA, PSIQUIATRÍA Y  
POSTMODERNIDAD”, para su publicación:

Aunque indudablemente las Ciencias Médicas en su conjunto, están sometidas a los cambios experimentados en la jerarquización de los valores del medio sociocultural en el que se desenvuelven, son las más propiamente médico-antropológicas y metodológicamente mixtas –Ciencias Empíricas Mixtas-, las más permeables a tales influencias, no necesariamente beneficiosa para su construcción teórica y su praxis clínica.

Este es el caso de la Psicopatología y la Psiquiatría, -a las que nos referimos expresamente en el trabajo- pero también, de la Patología Psicosomática por sus estrechas similitudes. Todas ellas abordan su objeto de estudio desde una doble posición, la material, es decir, en cuanto a lo que el objeto es y, la anímica, basada en lo que *hace*, lo que no comporta dos saberes distintos, siendo un saber único, en razón de su objeto: El hombre enfermo.

Los avatares, -experimentados por la relación interpersonal médico-enfermo, las patologías de nuevo cuño, la psicofarmacología y las terapéuticas medico-psicológicas- debidos al influjo del pensamiento postmoderno, pueden servir como base de reflexión a psicólogos, psiquiatras y médicos de orientación psicosomática, para enriquecer su cotidiano quehacer.

El Autor.