



Nuestro Concepto de Salud

En su momento, el nacimiento del proyecto de Izargain tenía esos supuestos: afrontar con un equipo capaz y en un territorio "neutral" y no agresivo, una crisis no buscada, sin que ello supusiera ni la desolación ni la deshistoriación que frecuentemente se producen en los ingresos hospitalarios judiciales (sea a partir de instancias policiales o familiares). Ni pretendíamos normalizar/adaptar ni cronificar bajo el supuesto de una mitificación de lo patológico. Sencillamente, una crisis puede denunciar la "normalidad" supuesta de una situación que ya no es soportable para un individuo. De la misma manera, puede haber mucha desolación en una "diferencia", si esta es sólo incapacitante.

"Curación" no entrañaba, pues, ni "normalizar" ni posibilitar la cronificación. De alguna manera, venía a intentar facilitar una tregua sujeto/familia/contexto como a intentar neutralizar efectos colaterales de desgaste y degradación que se producen muchas veces en las crisis. Como han dicho otros compañeros, nuestra idea y concepto de "curación" no tenía tanto por referente una mejora sintomática como una maduración estructural de la personalidad. La adscripción a modelos sistémicos, estructurales y dinámicos procedía de esta concepción. La existencia de un sistema abierto, de intercambio selectivo con el contexto, transformable, pues, susceptible de originar las estructuras disipativas de las que hemos hablado, nos hacían plantear la patología, la terapia y la propia curación desde parámetros muy distintos.

"Curar", "curarse" es un concepto dinámico, que atiende más a procesos que a estados, que se realiza interactivamente, con reflejo vivencial y cognitivamente, pero ejercido efectivamente en las relaciones y en las acciones. Es a "crecer" y "madurar" lo que "enfermedad" o "malestar" o "crisis" es a "regresión" y a detención. Bleger decía que los criterios de toda terapia, además de qué se debía entender por "curación", venían dados por las preguntas de "¿cuánto de curación? Y ¿qué tipo de curación?", preguntas que nosotros, los terapeutas sólo podíamos plantear, porque responder sólo lo podían hacer los propios sujetos de la terapia. Si tuviéramos que definir "crisis" y/o "curación" podríamos hacerlo o en términos de desestabilización, primero, o de recuperación y mantenimiento de unos pocos rasgos cruciales:

- * **Integración interna e individuación;**
- * **Identidad individual ante la genérica y en la cultural**
- * **La capacidad global de self-identidad en las relaciones vinculares.**

Estos pocos rasgos fundamentales tienen que ver tanto con la existencia de un Yo integrado, discriminativo, suficientemente delimitado, flexible, etc., con capacidad de organización cognitiva y de autovalidación de respuesta, en tanto que en los planos de los procesos de identificación los rasgos de identidad y los procesos de su integración o elaboración se desarrollen sobre la base de relaciones afectivas. Y aquí tendrá gran importancia el papel de las pérdidas y separaciones, su valor traumático o su adquisición madurativa.

¿Cómo debemos entender el síntoma o la conducta alterada? Vamoa a ver que hay distintos tipos de respuesta: desde la escuela argentina, Pichon Riviere decía que se trataba de defensas ante la falta de control de los tres núcleos psicóticos de base, con las ansiedades que suscitaban:

Los núcleos psicóticos

a) El núcleo "melancólico", conforme al cual el mundo interno es investido de los objetos "malos" con una vivencia dañada del "sí mismo", y, por el contrario, un investimiento de lo "bueno" e idealizado en



el mundo externo.

b) El núcleo “persecutorio”, en el que se tiende a experimentar la situación contraria, con una vivencia idealizada del mundo interno, y

c) El núcleo “confusional”, como situación en la que no se ha llegado a establecer una discriminación clara entre ambos mundos, con confusión de límites y no discriminación de las partes.

Si, por el contrario, consultamos el DSM IV encontraremos que nos ofrece el II eje de trastornos de la personalidad, donde podríamos encontrar una caracterización importante de base como rasgo de diferencial de las patologías:

Trastornos de personalidad / DSM IV

- * **Dependiente,**
- * **Borderlíne**
- * **Obsesivo compulsiva**
- * **Narcisista**

Se supone que la propuesta de Pichon Riviere valoriza una sintomática que aparece bien en el plano de los sentimientos, de la corporeidad o de las relaciones interpersonales, respectivamente, cuando no cursa efectivamente como expresión psicótica de los propios núcleos de base que no son en lo absoluto contenidos.

En nuestro trabajo, nos interesaba ordenar la recogida de datos de los sujetos que veníamos a tratar sobre la base de un triple eje central que era el que ordenaba básicamente la

Historia clínica:

- * **Causa desencadenante de la crisis. El tema de los contextos.**
- * **Estructura de personalidad. Conflicto.**
- * **Síntomas y/o manifestación de conducta.**

Enfermedad y/o crisis:

La “enfermedad” o la "crisis" o la "pérdida de la salud" aparece como consecuencia de un conjunto de incidencias o factores concausantes que determinan tanto la inestabilidad como la alteración de una estructura de personalidad individual, con todas sus implicaciones de alteración relacional, activa y productiva. No se manifiesta, pues, sólo con síntomas y signos de manifestación conductual, sino también con una elevación de la tasa de angustia que inutiliza para gran parte de la actividad productiva y con desajustes más o menos graves en los planos de los esquemas cognitivos, identificatorios, evaluadores y de relación.

Esto es, como estamos viendo ultimamente, definir el concepto de "enfermedad" en el campo de la Psicología



es un problema harto complejo. En la controversia entre lo "normal" y lo "patológico", entre lo adaptativo y lo necesariamente disfuncional. Entre lo "patogénico" y lo "patoplástico"... Lo psicológico hemos dicho en diversas ocasiones que ni se reduce a lo biológico ni a lo social ni a la "superposición" supuesta de posibles estratos... biológicos, sociales y... psicológicos ni la alteración, considerada esencialmente desde el punto de vista físico-biológico, podía llegar a ser considerada de otra manera que como una "metáfora", como S. Sontag decía.

Personalidad, "crisis" o alteración o "enfermedad" e identidad sólo pueden comprenderse desde el ámbito de la alteridad y, por lo tanto, de las relaciones interpersonales. Nosotros distinguimos aquí entre la interacción vincular y la interacción propiamente social o de rol. Como lo que pertenece más al universo del acontecimiento frente a lo que es más del orden de lo institucional. En el vínculo, el sujeto es irremplazable. En el rol, el individuo es absolutamente reemplazable a los efectos del propio funcionamiento social.

Hampson (1984^a) decía, para completar a Balint (1959) que si el concepto de interacción resumía la dualidad yo/otro esencialmente a partir de las experiencias primarias con el mundo que nos rodeaba, la conducta tenía no menos de tres ejes que eran necesarios para comprenderla:

- 1) El actor que la produce;
- 2) El significado que éste le adscribe;
- 3) El significado que le otorgan (a la conducta) los otros.

El self

Sería aquí donde vendría a intervenir el concepto de Self ("sí mismo") o desde las vertientes del rol o desde las del vínculo. Hay un significado que define su núcleo semántico en función de su propia función de circulación social (como en el lenguaje técnico de la ciencia, el sujeto proponente es intercambiable: el sentido fluye a partir de la construcción social que se comparte). Por el contrario, el self vincular opera a partir de registros mucho más privados, con una circulación mucho más limitada, es más variable y expresivo y posee como tradición la propia trayectoria histórica del sujeto y sus grupos de pertenencia identificatoria afectiva. Situaciones, acontecimientos, relaciones... son fenómenos que poseen una impronta de significación social que los define, bien es cierto. Pero no lo es menos que es el sujeto activo el que carga de valor significativo todos los acontecimientos de su vida histórica. Que acción o conducta se emita, en definitiva es función de la significación de la ocasión/estímulo que la suscita. Cuando definimos a un sujeto sus capacidades de percepción, atención selectiva, discriminativa, validación, autoevaluación, etc. En definitiva lo que estamos haciendo es afirmar a un sujeto que es capaz de elaborar cognitivamente material experiencial y disponer de él para sus necesidades activas.

Millon (1998)

Plantea algo similar al aludir al concepto de personalidad como un sistema, dotado de propiedades estructurales y funcionales. A través de sus esquemas cognitivos, de acción, recuerdos, mecanismos de defensa, conductas sociales, etc. Millon quiere llegar al hecho fundamental de que un trastorno de la personalidad no es una enfermedad, sino la persistencia de un patrón o esquema interactivo que funciona desadaptadamente con relación al contexto, proporcionando tanto fracasos de acción como acceso a niveles



cada vez mayores de incapacitación y sufrimiento.

Es decir, la vieja tesis estructural de Lacan respecto de la psicosis, reaparece en otros autores aún cuando parece que las afirmaciones tienen una relevancia mayor cuando se habla de trastornos de personalidad. Tizón (1988) plantea que toda la sintomática se resuelve en el ámbito de las relaciones sociales; otros afirman que se trata "de una peculiar forma de estar en el mundo relacional".

Patología y crisis

Pero, supuesto que volveremos sobre estos puntos, ahora nos interesa destacar qué criterios se imponen para afirmar de alguien que se encuentra en una situación de impasse, sin salir progresivamente de una situación crítica, etc. Básicamente, desde nuestra experiencia, coincidente con los autores que hemos trabajado, podríamos señalar 4 factores importantes:

- 1) La carencia de un Yo integrado, capaz de soportar la tensión de un conflicto sin que recurra ni a regresiones masivas ni a erupciones maníacas, que busque la identificación fusional de un "yo indideficiado";
- 2) Como efecto de lo anterior, una actitud general de dependencia que compromete gravemente las posibilidades de adquisición de autonomía frente al otro;
- 3) Incapacidad de elaboración de los duelos
- 4) Incapacidad de aceptar y elaborar su propia experiencia.

El fin de la terapia

Sin embargo, tendremos que considerar otros elementos como factores a integrar dentro o como resultado de la terapia: que el Yo se haga más flexible, con mayor capacidad discriminativa y de síntesis; que puedan resolverse las situaciones de impasse, a partir del momento en que el sujeto "reassigna" la historia y sus acontecimientos y procesos; que los procesos de duelo puedan tener lugar y donde se trabaje la culpa depresiva en favor de la responsabilidad depresiva; que la compulsión a la repetición pueda resolverse, tras el trabajo sobre el mundo interno y cerrado; que se produzca un acercamiento al sentido de "alteridad" y que ello pueda ser posible, desde los supuestos de reconocimiento y reparación.

Por lo tanto, en el punto donde nos encontramos tenemos que decir que "trastorno", "alteración", "crisis", "enfermedad" y sus correlatos de "terapia", "recuperación", "salud", etc. Tienen que venir enmarcados por una serie de rasgos que integran capacidades y factores tanto "internos" o "subjetivos" como "externos" o interactivos. Es decir, nos movemos tanto en el resbaladizo terreno de lo "egosintónico" como de lo "egodistónico", no sólo de lo que el sujeto cree y afirma como propio, sino también de lo que el sujeto cree o considera que le es "ajeno" o que le es "impuesto". Pero que, también, tiene efectos desde la propia interacción social: desde lo que se considera es propio o peculiar o característico de un individuo hasta lo que puede ser considerado meramente impersonal.

Esto puede trasladarse al ámbito jurídico-forense, como cuando se discute de la oportunidad de la categoría de responsabilidad/imputabilidad a propósito de la responsabilidad del sujeto alterado en sus actos. ¿Hay un



proyecto cognitivo, una propuesta de acción, la elaboración de un "programa" por parte del sujeto crítico? Con toda evidencia. Otra cosa será nuestra concordancia con esas propuestas

La enfermedad

Lo que llamamos "disturbio", "enfermedad"... conceptualmente ofrece muy pocas variaciones generales: unos esquemas o patrones de comportamientos secuenciales de ciclo cerrado (con lo que se impone su continuo retorno), recurrentes, reiterativos y reincidentes que diseñan formas rígidas de percepción, sentimiento y relación **(1)**. Hay una alteración interno/externa. Ya sabemos que todo el esfuerzo en estos últimos tiempos se dirige precisamente en la dirección de tratar de evitar ese elemento "interno" primero que designamos, haciendo que todo el esfuerzo recaiga precisamente en la tarea descriptiva (serie de los CIE y DSM). Pero si somos rigurosos, advertimos que a pesar de todo, la tentativa de búsqueda de rasgos efectivos de carácter estructural-lesionales no ha sido sino un fracaso, quedando como constancia el hecho de la existencia de rasgos estructural-funcionales.

En definitiva y como decíamos más arriba, Millon no busca otra cosa sino mostrar que si no se apela o a la personalidad o a sus contextos, es prácticamente imposible a partir de categorías diagnósticas tanto "comprender" como "tratar" la alteración, cualquiera que sea el nombre que le demos. Porque cuando hablamos de "enfermedad mental" estamos hablando de unas organizaciones estructurales que se manifiestan en un estilo cognitivo, en una técnica de enfrentamiento a los problemas, en juegos defensivos, en organizaciones relacionales, etc.

Enfermedad y cultura

De esta manera, por más que toda la historia pasada y presente de la Psicopatología se haya podido intentar poner a cuenta de buscar la igualdad somatogénesis=psicogénesis, siempre hay un hiato, una cesura, un "hueco" que lo impide. Biswanger decía que la historia de una enfermedad era siempre una historia vital íntima y que algún otro autor ha podido definir como lo que se "posee/siente" y la incongruencia con lo que el marco cultural y social permite tanto explorar como manifestar o desarrollar **(2)**.

Las propuestas que comentamos y que buscan esa conexión "somatogénesis-psicogénesis" en último término, concluyen siempre a partir de factores inferenciales: el sujeto enfermo organiza, evalúa, sanciona, se representa su realidad de forma bien peculiar. Pero es que además, se relaciona peculiar, característicamente con los demás. A partir de ahí se puede entender o que se produce una alteración estructural en el ser del sujeto o que se ha dado una especie de proceso de acabamiento fallido. Como veremos más adelante y de manera más esquemática, lo que para unos puede ser esa alteración la consecuencia de una "degeneración", para otros puede ser la manifestación de un "inacabamiento" que puede afectar al individuo en cualquiera de sus fases esenciales de desarrollo, sean las propiamente genéticas como las que se relacionan con la total maduración biosociológica del mismo.

(1). Puente Ferreras 1995 y Medina 1998

(2). Habría que considerar desde este supuesto algunas de las más importantes patografías clásicas.



Por referirnos a personalidades poco sospechosas **(3)**, estos autores subrayan el hecho bien conocido de que el rango patológico o no de un sistema conductual no es tanto una "anormalidad" física constatable ni hechos de novedad mensurable, sino una temporalidad e intensidad específicas que marcan el tono del desarrollo de ciertas personalidades. Pero si atendemos a lo que venimos diciendo acerca de los contextos, la historicidad y la significación no tanto propia como añadida de los acontecimientos, sería lo que marcaría este fenómeno de lo "normal" y lo "patológico".

Valores y significación de la salud

Al hablar de "salud" y "enfermedad" estamos hablando de hechos, valores, significaciones. Estamos hablando de expertos y supuestos paciente, en todo caso, activos sufrientes. En cuanto a las teorías, se puede intentar conceptualizar desde un ontogenismo biológico o existencial, desde el filogenético finalista, desde un pragmatismo cuantitativista. Podemos utilizar o determinar o factores biológicos u ontológicos, o filogenéticos (inconsciencia o aprendizaje) o hablar de esquemas factoriales y de rasgos constituyentes y organizacionales del individuo. Sin embargo, qué sea lo "innato", que lo "adquirido" procesualmente en el desarrollo, qué lo integrado a partir de la interacción social, cultural y vincular y, sobre todo, cómo se articulan todos esos elementos, ya nos pone en una dimensión verdaderamente dificultosa.

Cloninger (1997) venía a decir que era "la organización dinámica dentro del individuo de los sistemas psicobiológicos que modulan la adaptación de éste a su ambiente" lo que determinaba su personalidad en salud o en enfermedad. Pero si se observa en este autor, por ejemplo, qué quiere decir por factores "internos" venimos a dar en los conceptos de "temperamento" y "carácter", con lo que de nuevo estaríamos situados en la esfera de lo "innato" frente a lo "adquirido". Ya que, en efecto, lo primero (= temperamento) aludiría a los modelos de respuesta básicos, heredado, estable y manifestado en la infancia, en tanto que el carácter señala las diferencias individuales de nuestras relaciones objetales que comienzan con el apego a los padres, prosigue con la diferenciación yo/objetos y sigue madurando a lo largo de toda la vida **(4)**. Y Millon dice que los determinantes biogénicas y psicogénicas covarian al configurar el trastorno de personalidad **(5)**.

Salud y diagnóstico

Salud y enfermedad, en cuanto conceptos, se coimplican, sin que ello nos aclare demasiado. Porque ni la complejidad del sujeto/medio/contextos permite muchas aclaraciones ni el imprescindible encuadre metafórico valorativo de los términos utilizados, nos permita otra cosa **(6)**. Supuestamente, nos encontraríamos ante dos hechos contradictorios, pero el "hecho" mismo queda cuestionado cuando sólo es enunciable desde el silencio o la muerte o los efectos. El seropositivo asintomático, ¿un enfermo? ¿desde el momento que lo descubre el análisis técnico? Etc., etc.

(3). Schneider (1951), López Ibor (1979)

(4). Cloninger (1997)

(5). Millon (1998)

(6). S. Sontag (1980)



Pero en la llamada "Salud mental" el problema se nos complica. Hay dificultades de diagnóstico que, para ciertas formas sistemáticas de conducta, son más evidentes. Si se consideran las viejas advertencias del grupo de St. Louis (7) la consistencia de un diagnóstico debe reposar sobre tres grandes tipos de validadores:

1. Validadores antecedentes;
2. Validadores concurrentes;
3. Validadores predictivos.

Grupo de St. Louis

Es decir, 1º) factores demográficos, estudios de personalidad y factores precipitantes; 2º) rasgos clínicos, pruebas de otro tipo realizadas durante el episodio; 3º) cambios diagnósticos en el tiempo, recaídas, respuesta a la intervención, etc.

Desde que se publicó el estudio y por referencia, por ejemplo, a la esquizofrenia, se ha desarrollado superiormente la epidemiología con el estudio de casos; se ha tratado de unificar criterios diagnósticos con RDC, DSM e ICD-10, que han facilitado la comparación internacional. Se han elaborado cuestionarios sobre la personalidad y los factores estresantes. Incluso se ha llegado a la elaboración de técnicas de investigación genética con las que se pretendía "limitar" o evitar los "errores" pasados.

Sin embargo, hoy todavía, a los 25 años de aquel estudio seguimos teniendo graves problemas:

- 1º) sabemos algo del desarrollo y de la evolución; pero no sabemos todavía gran cosa de la importancia relativa de factores demográficos puros, como edad, sexo, clase social, migración, raza, cultura;
- 2º) qué rasgos conductuales pueden ser predictibles de las psicosis y qué otros de rasgos como la sociabilidad, la agresividad, la criminalidad, la marginalidad, etc.;
- 3º) qué "cronifica", lo que se padece o el efecto social de la significación y el valor de lo que se padece; el aislamiento, el vacío afectivo, el desempleo y las formas varias de la incapacitación;
- 4º) en la mayoría de los casos, el tratamiento es inespecífico, intermitente, exterior y pasivizador, como afectado él mismo por el diagnóstico inmovilista de origen;
- 5º) generalmente, hay una tendencia a encuadrar como "síntomas negativos esquizofrénicos" todas las manifestaciones de alteración postcrisis, sin considerar ni lo que la crisis ha supuesto de alteración afectiva o de desorden social, doméstico, personal del sujeto. Hay una depresión postcrisis que no es psicótica, pero que es confundida como tal y, por ello mismo, tratada inadecuadamente.

(7). *St. Louis (1970)*



Definición operativa

Esto es, si atendemos a lo anterior nos encontramos con que la relación salud/enfermedad ni puede reducirse a la oposición de contrarios ni ubicarse como polos de un continuo conceptual. Lo que se puede comprender como un trastorno de personalidad es más comprensible dentro de las coordenadas de la incapacitación de un sujeto tanto para seleccionar y procesar su información como para establecer relaciones interpersonales no dañinas, para sí o para el otro. Que esta incapacidad se haya producido en los procesos de formación vincular intersubjetiva, con fallas/lesiones producidas en la relación con los objetos significativos primeros **(8)** es algo de lo que cada vez podemos menos dudar. Guntrip decía que salud y enfermedad estaban asociadas a las relaciones de objeto **(9)**, aunque otros autores han podido referirse a lo mismo con expresiones semejantes, por ejemplo, la que procede de la escuela de Adler de "estilo de vida" **(10)**.

¿Son estos rasgos los que caracterizarían, como forma de ser, estar y relacionarse, salud o enfermedad? ¿son esos rasgos los que podemos llamar propiamente "síntomas"? Efectivamente, habría que saber de qué se trata, ya que desde los autores que comentamos, esos rasgos, serían síntomas, en el sentido de "expresiones defensivas". Pero hay que entender este supuesto defensivo. Tizón **(11)** dice que en el síntoma es necesario distinguir 2 niveles: el de señal y el signo y que en este último hay que distinguir entre lo que separa al significante de lo que constituye su significado (lo primero, sería la materialidad de lo que "aparece" o se muestra y lo segundo, sería el conflicto o alteración psíquica).

La formación defensiva

Desde ese punto de vista, el síntoma o la formación sintomática en realidad es una "formación defensiva", "aloplástica", si mediante ella o ellas pretende modificar la realidad exterior y "autoplástica", si lo que adopta son actitudes que impidan que su yo sea profundamente afectado. Estas defensas pueden ser maduras, neuróticas o inmaduras, de forma que de acuerdo con los sectores de personalidad afectados así entrarán en juego unas u otras defensas **(12)**. Según estos autores, hay correlaciones entre trastornos de personalidad y el uso de defensas inmaduras y así:

- a) Trastornos del cluster A: proyección, fantasía, negación, aislamiento;
- b) Trastornos del cluster B: externalización, disociación, devaluación, racionalización, represión;
- c) Trastornos del cluster C: formación reactiva, somatización, introyección.

(8). Zeannah (1981) y Guntrip (1973)

(9). Guntrip (1973)

(10). «el estilo de vida es un patrón superordenado de organización que dirige la conducta ... se forma en la primera infancia y se fortalece a través de la selectividad. Es autoconsistente, coherente y unificado. Es constante, es decir, no cambia de momento a momento o de situación a situación, aunque no es necesariamente rígido. Puede reconocerse por su aparición repetida como tema en la historia de la vida, e incluso, en la conducta del individuo de cada día» (Shulman, 1973).

(11). Tizón (1988)

(12). Esto forma parte de la literatura más al uso: Eisler (1950), Vaillant (1977), Perry y Cooper (1989), Pollock y Andrews (1989), Johnson, Borstein y Krukonis (1992), Mulder et al. (1996)



Los actuales dispositivos de criterios diagnósticos, tratan de dar respuestas respecto a qué entender por los términos de "defensa", "defensas inmaduras", cómo y cuándo son utilizadas por un sujeto, etc. Así, el DSM-IV se refiere a una serie de ejes diagnósticos donde quedan especificados una serie de mecanismos de defensa o estrategias de afrontamiento:

Diagnóstico y DSM-IV

- I. Nivel adaptativo elevado
- II. Nivel de inhibiciones mentales
- III. Nivel menor de distorsión de imágenes
- IV. Nivel de encubrimiento
- V. Nivel mayor de distorsión de las imágenes
- VI. Nivel de acción
- VII. Nivel de desequilibrio defensivo

Es decir:

- I. (afiliación, altruismo, anticipación, autoobservación, autoafirmación, sublimación, sentido del humor y supresión)
- II. (abstención, aislamiento afectivo, desplazamiento, disociación, formación reactiva, intelectualización, represión)
- III. (devaluación, idealización y omnipotencia)
- IV. (negación, proyección y racionalización)
- V. Fantasía autista, identificación proyectiva y polarización de la imagen)
- VI. (agresión pasiva, comportamiento impulsivo quejas y retirada apática)
- VII. (distorsión psicótica, negación psicótica, proyección delirante)

El nivel I es el de las "defensas maduras", II y III son las "defensas neuróticas", mientras que los niveles IV a VII serían las "defensas inmaduras". Con todo, estos criterios no son ni los únicos ni los más utilizados, a pesar de la amplia extensión y aceptación del DSM y su filosofía y así nos encontramos con que son muchos los autores que evalúan las defensas con el DSQ (13). Aquí, tras factorizar, se recogen los siguientes "estilos":

(13). DSQ = *Defense Styles Questionnaire*, de Bond, Gardner, Christian y Sigal (1983)



(a) Estilo y "patrones de acción desadaptados" (proyección, regresión, inhibición, acting out, agresión pasiva y retirada)

(b) Estilo de "distorsión de las imágenes" (omnipotencia, devaluación, idealización y disociación)

(c) Estilo de "defensas de autosacrificio" (pseudoaltruismo, formación reactiva)

(d) Estilo de "defensas adaptadas" (sublimación, sentido del humor y supresión).

Estilos 1 y 2 se corresponden con _____ mecanismos de defensa inmaduros;

El estilo 3 se corresponde _____ con el neurótico

El estilo 4 se corresponde _____ con el maduro

Subjetividad y sintoma

El "sentirse mal" es algo concreto para el enfermo, para él la serie de síntomas que experimenta, una vez superados sus conocimientos para neutralizarlos ("Yo solo no puedo solucionarlo"), lo obliga a consultar a alguien que el reconoce como más idóneo para ayudarlo en el trance (religioso, brujo, curandero, familiar líder, médico, terapeuta, etc). La salud es el bienestar, que le permite recuperar su nivel de acción habitual. Los grados de sintomatología van de la simple "molestia", superada con prestarle poca atención, a la "incapacidad" que concentra la máxima atención en el síntoma. El grado de atención que el individuo utiliza para sus síntomas depende de factores como: sensibilidad, inseguridad, experiencias de sintomatología de cuadros similares (ej: dolor precordial en anginosos, pérdidas, tristezas depresivas) ,etc, es decir la manera particular con que la persona vivencia el miedo generado por el síntoma (de la hiposensibilidad a la hipersensibilidad).

Si queremos reparar en esas dificultades, no tenemos más que reparar en un concepto tan complicado en principio como puede serlo el de "lexitimia", mediante el cual trata de definirse las dificultades de determinados sujetos a expresar sus sufrimientos. Así, nos encontramos con el tipo de personalidad que Ruesch describió como un tipo de personalidad psicossomática y al que llamó «Personalidad Infantil». Se trata de individuos que han experimentado detenciones en el proceso de desarrollo, con dificultades para las relaciones interpersonales, para la expresión verbal y simbólica de los conflictos y para la integración de experiencias, por lo que se exponen repetidamente a situaciones de frustración que no saben manejar. La consecuencia de la insuficiencia en sus capacidades es la restricción de la fantasía, la dependencia objetal, una conducta social hiperadaptada y la tendencia a canalizar las tensiones por vía de los síntomas somáticos.

McLean apoyándose en un modelo anatómico afirma que las emociones, en vez de transmitirse al neocórtex, donde encontrarían una expresión simbólica mediada por las palabras, se descargan directamente a través del sistema nervioso autónomo traduciéndose en un tipo de «lenguaje de órganos». Horney también aludía a la existencia de pacientes con graves dificultades para ser tratados psicoterapéuticamente, por su escasa conciencia emocional, por la dificultad de desarrollar una producción imaginaria, etc. Por otra parte, Marty, M'Uzan, Bergeret han hablado e introducido el concepto de "pensamiento operatorio" para designar un funcionamiento mental que se refiere a la



realidad sólo por su aspecto utilitario **(14)**, estereotipado, concreto y afectivamente muy pobre. Son autores que se apartan del aspecto conversivo del síntoma y que consideran que se ha producido un fallo en la posibilidad simbólica del síntoma.

Si las consideraciones anteriores proceden en gran medida de autores analíticos o procedentes de escuelas dinámicas (o, al menos, interaccionistas, como puede ser el caso de Ruesch, aunque también sería ese el caso de Sluzki y Veron **(15)**), podemos encontrar confirmaciones en autores de otras tendencias, como Sifneos **(16)** examinan 21 entrevistas transcritas con pacientes psicósomáticos en las cuales se les estimulaba para la asociación libre y el relato de los sueños. Los resultados de sus estudios confirman que, a diferencia de los pacientes psiconeuróticos, muchos pacientes (dieciséis) somáticamente enfermos tienen grandes dificultades para la expresión verbal de sus sentimientos, una notable coartación de la fantasía y un estilo cognitivo literal, sin matices y orientado hacia el exterior. Al igual que Marty y M'Uzan. Sifneos propone un modelo de déficit estructural para comprender este estilo psicológico y los procesos psicósomáticos asociados a él.

El síntoma, salvo muy pocas excepciones, es desagradable, subjetivo, intransferible, poco comunicable (entre otras cosas por las características enunciadas arriba), genera inseguridad y en consecuencia, miedo. Existen estados de euforia patológica, o groseras fallas en la evaluación del estado interior (como en las psicosis, oligofrenias, etc.) en los que, el "síntoma" (como vivencia subjetiva), no existe, y la valoración de la distorsión es realizada por un observador. En estos casos, desde luego, al no existir el "sentirse mal", tampoco existe la necesidad de ayuda. El enfermo valora de acuerdo a su grado de "sentirse mal" y de su incapacidad, la enfermedad. Si es incapacitante, es "declarado" por los otros y si es vivido como experiencia, no siempre esa experiencia o es comunicable o es aceptable ni en una metaforización que se desconoce o en una metonimia a la que falta esa misma complicidad del otro a la que no se puede apelar.

Reificar el malestar

Para el técnico la enfermedad es algo que "tiene" el otro. No se da en el plano de su sentir, sino en el plano de la lógica: la enfermedad es un conjunto de síntomas y signos que responden (o no) a un patrón, ubicable en la clasificación nosológica, que es de su conocimiento. Es un trabajo intelectual asociativo, relacional, donde los síntomas (conocidos y transmitidos por el enfermo: concretos para el enfermo, subjetivos para el médico), los signos (observados por el técnico, concretos para el técnico, a veces conocidos por el enfermo) dan como resultado un cambio de nivel (de lo concreto a lo abstracto) que le permite al técnico rotularlos como "una" enfermedad (en la mayoría de los casos). La impenetrabilidad en el otro (el hiato Yo-Otro), hace que este paso sea el único posible, y que el técnico sólo se maneje con conjeturas y suposiciones, dando lugar a la posibilidad de error. Y, sin embargo, el procedimiento, siempre nos conduce al mismo callejón sin salida: ¿cómo hacer de lo "acontecional" indeterminado (y, por lo tanto, no necesario) el "hecho" necesario?

(14). McLean (), Marty (), Bergeret (), M'Uzan (), Horney (), etc.

(15). Sluzki y Veron (1972)(1978)

(16). Sifneos (1972 y 1979)



El técnico, por lo general, reifica la enfermedad, la concretiza, la individualiza, pero despersonaliza, la extrae de la persona y la convierte en un ente viviente, con el cual "debe enfrentarse"; por eso se refiere a "la catatonía", "el cáncer", la "esquizofrenia", etc. Esto, que es operacional, cómodo para resumir frases como "la sra. tal que padece síntomas compatibles con lo que por convención se llama Catatonía...", se convierte con el uso en una distorsión conceptual: separar la enfermedad del paciente (como sucede en todas las operaciones de la medicina: "la pancreatitis de la cama 23", "el parto de la 22"...). La operación del técnico "reduce" la individuación, elimina las diferencias, aparta al sujeto, elimina sus parámetros tempoespaciales, sus ritmos, lengua, procesos de absorción, asimilación y cambio, etc.

Volvemos a nuestra anterior pretensión de ubicar, de acuerdo al tipo de defensas utilizadas, a los tipos de personalidad y la posibilidad de que desde ahí nos enfrentemos a nuevas formas de comprender la salud/enfermedad. Con un modelo estrictamente analítico, se tiene que entender el proceso a partir del desarrollo y maduración del Yo, con los distintos niveles de internalización de las relaciones objetales que supone tanto un desarrollo de representaciones objetales, como del Self o Sí mismo como de las tendencias pulsionales hacia determinados estados afectivos. En la sucesión de los mecanismos de escisión y represión, con la progresiva integración del Yo y superyo, tendríamos lo esencial de la constitución tanto neurótica como psicótica a la manera como la entiende el psicoanálisis (17).

Individuación y enfermedad

Para otros autores, Bateson, Stierlin, Bowen, Whitaker, Sullivan, etc. (18) el concepto básico, aparte de que se acepte una teoría general de los sistemas o de los contextos, reside en el concepto de "individuación vinculada", con un desarrollo que partiendo de los conceptos iniciales de John Bowlby en la Tavistock Child Guidance Clinic, de Bowen, etc. Y con el estudio de las formas de vinculación, una mejor comprensión de las ansiedades básicas o de los procesos perceptivos, consigue nuevas perspectivas en terapia con autores como Willi o Ackerman o Cooper. Y aunque en el plano psicopatológico todavía nos enfrentemos a grandes dificultades (19), sin embargo,

<i>DSM-IV (DEFENSAS INMADURAS)</i>	<i>DSQ (DEFENSAS INMADURAS) Versión completa Jhonson et al. 1992</i>	<i>DSQ (DEFENSAS INMADURAS) Versión abreviada Mulder et al. 1996</i>
<i>Negación</i>	Proyección	Racionalización
<i>Proyección</i>	Regresión	Fantasia
<i>Racionalización</i>	Inhibición	Desplazamiento
<i>Fantasías Autistas</i>	Acting out*	Disociación*
<i>Identificación proyectiva</i>	Agresión pasiva	Aislamiento
<i>Polarización de la imagen</i>	Retirada	Devaluación*
<i>Agresión pasiva</i>	Omnipotencia	Polarización
<i>Comportamiento impulsivo</i>	Devaluación*	Negación
<i>Quejas</i>	Idealización	Agresión pasiva
<i>Retirada apática</i>	Disociación*	Somatización
<i>Distorsión psicótica</i>		Acting out*
<i>Negación psicótica</i>		Proyección
<i>Proyección delirante</i>		

(17). Kernberg (1979)

(18). Bateson (1972), Stierlin (1977), Bowen (1978), Whitaker (), Sullivan (1950)

(19). por ejemplo, Tizón o Castilla entre nosotros han tratado el problema que venimos abordando



Lo real versus lo imaginario

Desde donde intentamos situarnos, esto tuvo consecuencias muy importantes, porque por una parte se amplía el conocimiento de lo "real" que infectaba al sujeto, pero, a la vez, esa infección tenía por efecto vaciar la propia subjetividad supuestamente albergadora del mal.

A un desarrollo clínico/infeccioso/microbiológico/bacteriológico, etc. Se sumaba, como cantidad negativa, una pérdida: la del propio "paciente". Que la situación desde donde se planteaba no tenía fáciles respuestas se advierte en el tipo de reacciones suscitadas: permanentemente se cuestiona la cuestión organicista y se viene a dar en un nuevo sociologismo que no resuelve nada.

Este alejamiento de la Persona del paciente, tuvo dos consecuencias: por un lado aumentó el grado de conocimiento de los aspectos de la resonancia que el padecimiento tenía en el individuo. Es decir, al concentrar la atención en campos cada vez más estrechos (Clínico- infeccioso- microbiológico-bacteriológico, etc.) permite que el saber sobre ese campo aumente en detrimento del resto. Sólo al agotarse las respuestas de esta metodología se vuelve al procedimiento inverso: aumentar los límites del campo de estudio hasta abarcar la totalidad de la persona y aún saltar a planos sociológicos, etc., haciendo una nueva separación, esta vez cayendo en el otro extremo: olvidarse de los elementos concretos de la enfermedad, concentrándose sólo en los aspectos psicológicos y sociológicos. Este reciclar (atomismo-holismoatomismo) se da permanentemente en la historia de la medicina, siendo su evolución en espiral. Siempre en vías no integradoras, siempre confundiendo conceptos y contextos. Veámoslo.

En el terreno de la Psicopatología e independientemente de la escuela de Kraepelin y sus seguidores y sin referirnos por el momento a Freud y sus seguidores, fué el enfoque fenomenológico en la línea de Jaspers y Schneider o en el fenomenológicoantropológico de Binswanger, Storch, Zutt, etc. Las que dentro de una concepción clínica más "ortodoxa" (por así decirlo) no trataron de restar importancia al testimonio del sujeto, es decir, al síntoma. Desde el punto de vista de la psicopatología clínica, la obra de Kraepelin, Schneider, los autores de la escuela de Heidelberg, Mayer-Gross, Jaspers... quien completará esa obra con los informes del propio paciente y la observación minuciosa y detallada de su conducta y expresión. Se trata de establecer un modelo triádico, donde no todo se ponga a cuenta de las perturbaciones somato-cerebrales y el clínico no sólo sea un lector-intérprete inteligente de datos.

Semiología

Quizás esto se entenderá mucho mejor si definimos previamente qué sentimos por "signo", "síntoma", etc. Y, para ello, tendremos que echar mano de la Semiología, como de un auxiliar que nos ayudará a organizar tales conceptos. Por otra parte, es la propuesta más adecuada para este punto.

Desde este punto de vista, la semiología aparece como estudio de los "signos". Un signo es una realidad relacional integrada por dos dimensiones: el plano del "significante" (=St.) y el plano del "significado" (= Sdo. o sdo.). El primero es también el plano de la "expresión" y el segundo, el plano del "contenido". No existe entre ellos relación de causalidad, sino relación de coexistencia, de manera que uno envía al otro y recíprocamente.



Por otra parte, en esa relación dialéctica que enlaza a Significante y Significado la relación no es necesaria ni exclusivamente "monosémica": un Significante puede remitir a varios Sdos. (= polisemia) y al contrario, un Significado puede remitir a distintos Stes. Se advertirá, sin embargo, que esta afirmación tiene que ser matizada, porque la convertibilidad semántica de los Sdos. o significante de los Stes. no puede ser absoluta e invariable.

En todo caso, "signo" alude a "proceso de significación", donde la complejidad Significante/Significado alude a la estructura de procesos y operaciones que constituyen en su integridad un sistema de procesos, conductas, relaciones, transformaciones con valores de subsistema cada uno de ellos.

Semiologías y semióticas. Semiología psiquiátrica.

Aparte de las razones teóricas que determinan la elección del concepto "Semiología" o "Semiótica", un código se establece como dando cuenta "formal" de las características estructurales de un sistema de signos. Sin embargo, se tiene que considerar que una definición tal, aunque exacta, es limitativa: alude a los valores del signo como tal, a la relación estructural entre Significante y Significado, a sus rasgos diferenciales..., pero deja en suspenso lo que atañe a una serie de cuestiones que, aunque cruciales, no pueden ser pertinentemente respondidas por la Semiología.

Esas cuestiones son: lo que atañe a la comunicación (dimensión social de los códigos, Lengua), lo que se refiere a la expresión individual (dinámica de palabra, Habla), lo que alude al problema de la referentización o representabilidad del código (dimensión significativa o Semántica del sistema), lo que tiene que ver con la dinámica interpersonal o interaccional de los códigos (dimensión Pragmática del sistema). Para tratar estos temas y otros conexos es necesario abrir líneas específicas de investigación y aplicación que desbordan muchas veces el estricto marco clásico de los estudios semiológicos.

Sin embargo, una cuestión previa no es impertinente, semiológicamente hablando: ¿se puede describir en términos de sistema semiológico indicadores puramente "naturales"? Y esta es una cuestión de gran importancia respecto a la indicación misma que suministre una teoría psiquiátrica, acerca de su comprensión de los "signos" o conductas consideradas.

Vigano y Greco (20) no contestan la pregunta anterior, pero nos plantean: todas las manifestaciones mórbidas de la personalidad pueden ser concebidas en términos de sistemas de signos. Estos signos tienen características específicas: se trata de símbolos expresivos, naturales, motivados y afectivos.

La enfermedad es articulada por una integración de elementos que van de menor a mayor abarcabilidad: signos, síntomas, y Síndrome, Estructura o Cuadro que incluyen a los anteriores. Signo es el fenómeno que presenta el individuo, directamente observable por el técnico, como son las conductas, gestos, posturas, particularidades del lenguaje y de la acción. Síntoma es todo aquel otro factor al que no se tiene acceso sino es por medio del propio testimonio del paciente.

(20). 1977



Síndrome es el conjunto de signos y síntomas que se presentan en relación simultánea y constante y están supuestamente originados por una misma causa (origen orgánico o psicogenético, según los distintos autores; síndromes de automatismo mental, de excitación psicomotriz, etc.) .

Enfermedad es un conjunto típico de síntomas y signos, con formas de inicio, evolución y terminación que, a diferencia del síndrome, posee una etiología múltiple.

Semiológicamente, los cuadros pueden dividirse:

a) Agudos: organizaciones caracterizadas por la gran intensidad de los síntomas. Generalmente, según este tipo de pensamiento, se trata de patologías reactivas (provocadas por agentes externos), que aparecen súbitamente y remiten sin provocar, generalmente, deterioro (psicosis episódicas, crisis confusionales, reacciones neuróticas agudas... ..).

b) Crónicos: alteraciones permanentes que se han instalado de forma gradual y progresiva, hasta invadir toda la personalidad del paciente (psicosis esquizofrénicas).

Estados y procesos

Como se ve, estamos en pleno centro de una Psiquiatría descriptiva, donde los factores proceden de distintos campos y se relacionan entre sí, por razones de tipo asociativo. Frente a esto se propondría, por ejemplo desde el ámbito más estructuralista, una mirada que no atiende tanto a estos rasgos descriptivos como a procesos y estructuras. Así, Lagache propone distinguir entre la consideración sincrónica de la estructura de la personalidad (análisis transversal) y la diacrónica que investiga tanto los procesos de estructuración de la psicogénesis como los propios procesos de descompensación o crisis. Por su parte, en la psicopatología fenomenológica se distinguía entre procesos cerebrales y orgánicos, los desarrollos de psicológicos reactivos de la personalidad y las propias variaciones comprensibles de la vida psíquica.

Semiología psicopatológica. Psiquiatría y psicopatología.

Finalizando el apartado anterior se plantea una posibilidad de articular Psiquiatría y Psicopatología: en un texto conocido de Lagache se plantea qué necesidades de concepto (Teoría) plantea la consideración de una estructura paranoica. ¿Se tendrá que partir de una consideración estructural de la crisis (= estructura paranoica, aquí), es decir, lo que sitúa la articulación dialéctica de esa estructura con una estructuración paranoide? Y aún en este caso, esta estructura paranoide ¿es función de un proceso de psicogénesis o de un orden causal genético/orgánico que es, en realidad, lo que venimos discutiendo hasta el momento?.

Por supuesto, cobra ahora pertinencia la pregunta inicial: una consideración semiológica ¿implica las dimensiones Semántica y Pragmática? El tema se centra en torno a la cuestión de si la ordenación anterior sólo vale como Stes. naturales que remiten a un orden de significación orgánico natural o si se trata de otra cosa. Vigano y Greco, como Tizón, como Castilla del Pino, como ya antes Jaspers, como mucho antes y más oscuramente el propio Bleuler, son conscientes de esta contradicción y proponen una triple posibilidad de lectura psicopatológica de los Stes.:



1. orden lineal
2. orden "estructural"
3. orden semántico.

El primero determina un sistema nominal; el segundo, un sistema taxonómico y el tercero, semántico. Los dos primeros no salen del plano de la información, en tanto que el 3º intenta combinar información y "comprensión" o "sentido". En los dos primeros, se trata exclusivamente de nombrar, a partir de una serie de Stes. encontrados, una unidad conductual observable (= enfermedad). En el tercero, se trata de invertir el proceso. Pero veamos con más detenimiento los dos primeros.

Semiótica clínica

La "lectura lineal" permite conseguir unidades conductuales observables de supuesta integración. Se trata de alcanzar datos que puedan finalmente ser ubicados en una unidad conceptual clase y lo característico se suprime, por necesidades de la generalización que exige el método.

En el segundo, entrecomillado porque, evidentemente, el término "estructural" no responde a lo que hoy se acepta, en el ámbito de las ciencias, por "estructura", plantea un enfoque taxonómico, para lo que precisa dar cuenta de las relaciones entre los elementos. No interesa aquí la forma aislada de considerar los factores observados, sino de cómo se articulan entre sí. Entonces, aquí lo importante no son los Stes. parciales, sino el Significante resultante, puesto que él remite al Significado que es la estructura patológica correspondiente. Ciertamente, lo que puede plantearse es si (1) y (2) son verdaderamente tan distintas como para contraponerlas, puesto que la experiencia indica que ésta es la práctica habitual de conexión Psiquiatría Psicopatología, en los modelos médicos organicistas.

Es sólo a partir del psicoanálisis y más tarde de algunos planteamientos de Psicopatología que se introduce una 3ª (2ª real) propuesta. La variación, para ser eficaz, tiene que comprender 2 niveles de distinción: el significativo y el comunicativo. Pero digamos que, en principio, tanto el Psicoanálisis, como más confusa e interesadamente, se plantean esencialmente el valor de "sentido" del signo y del síntoma, porque consciente e inconscientemente pretende comunicar algo. Se trata de un mensaje que hay que decodificar, de ahí la afirmación de "lectura semántica" que se plantea para esta orientación. De alguna manera, esto también se encuentra en las formulaciones fenomenológicas, en las que se trata de distinguir entre "forma" y "tema". Evidentemente si buscamos un rasgo "generalista" ciertos rasgos son imprescindibles, en tanto de otros no tenemos necesidad. El problema sobreviene cuando necesitamos un diagnóstico concreto. Un diagnóstico en vistas a una terapia. El pensamiento falla también cuando sólo se piensa en supuestas entidades clínicas de estado-curso (como supuestamente serían la esquizofrenia y las psicosis afectivas) y no se acepta de entrada el "discurrir" o "transcurrir", el "proceso" de toda alteración conductual.

El cambio se opera tanto en la consideración estricta del Significante como unidad de comunicación como en la propia transformación de los Sdos. anteriores, que se convierten a su vez en Stes. Sin embargo, el equivoco no se supera del todo: la Semiología psicopatológica es "el estudio de los distintos fenómenos que configuran el proceso de significación, inserto en la estructura morbosa De la personalidad (21).

(21). *Vigano y Greco 1977, pagó. 20 21*



¿Qué es lo Significado? ¿La personalidad mórbida como tal? ¿El sistema de procesos estructurales y constituyentes de la psicogénesis? ¿El conflicto mismo, articulado como personalidad, lo que es decir tanto como estructura dinámica de acción/reacción, de información/percepción, de relación/vinculación?... ..

Las preguntas no son inútiles, porque mostrarán la articulación real Psiquiatría Psicopatología. Y más aún, porque plantean la real ordenación de la práctica clínica, ordenada o no por el pensamiento psicopatológico, lo que es tanto como expresar ordenes conceptuales bien precisos que ubican conflicto del desarrollo/salud o pérdida de la salud en una dinámica que se orienta sobre modelos socioculturales, ecosistémicos, etc.

La dimensión simbólica del síntoma.

Qué diferencias se presenta desde una consideración semiológica convencional respecto a las formas signo y a las formas símbolo, nos encontramos con las siguientes:

En las formas signo, la relación Significante/Significado es convencional y posee una estabilidad alta, debida a la inercia de su propia circulación social; en las formas símbolo, la relación es más individual, menos convencional, más desocializada, por tanto. En lo que se refiere a la génesis, las primeras tienen un origen sociocultural, en tanto que las segundas estarían más cercanas a un origen personal e individual. La mayor accesibilidad del símbolo personal a niveles de circulación social intra e intergrupales viene determinado por la incidencia menor o mayor del factor inconsciente en su formación.

Desde el punto de vista psicoanalítico, la dimensión simbólica de los síntomas entraña: su comprensión desde el punto de vista de "mensaje", mensaje como expresivo de un "conflicto" que posee una historia y que se remonta a una serie de procesos traumáticos constituyentes. En ese sentido, el síntoma es una expresión substitutiva que enmascara ciertos "contenidos" (=Sdos.) que no pueden acceder al plano de la conciencia, por la acción de la censura. Desde el punto de vista etnográfico, se puede explicar como un proceso de decantación o sedimentación de memorias individuales, grupales, colectivas que se depuran y transforman con el tiempo y por efecto del valor enzimático de determinados acontecimientos, relaciones o necesidades, positiva o negativamente valoradas.

Desde esa descriptiva dinámica, se puede afirmar que se configuran dos discursos: uno en el plano de lo expresivo (= discurso manifiesto) y otro, en el plano del contenido (= discurso latente) (22). Mucho se puede discutir de esta afirmación: en el fondo, su cuestionamiento parece dirigirse contra el modelo psicopatológico psicoanalítico en su integridad. Sin embargo, si se repara con más detenimiento la cuestión, se verá que se va mucho más allá. Algo parecido nos hemos encontrado en los casos de enfrentamiento entre la "comprensión genética" de los fenomenólogos y los psicoanalistas o los psicosociales o los biólogos puros. ¿Por qué se producen estos enfrentamientos?

(22). *Glover lo analizaba así: "Un síntoma es un intento iniciado por el yo inconsciente para adaptarse a alguna demanda no reconocida por la conciencia. Es un signo de un conflicto activo inconsciente. Es una construcción psíquica que cabalga sobre la barrera entre el sistema inconsciente y el preconscious, tomando energía de ambos sistemas. Es considerado como una formación de compromiso".*



De esa manera, la aparición del síntoma está vinculada con una fisura en la represión: el fracaso de esta defensa supone la recurrencia a otras defensas, como pueden ser la condensación, el desplazamiento, etc. Los deseos inconscientes, como en los sueños, sufren transformaciones que les permiten aparecer en forma enmascarada. La "formación de compromiso" así constituida, posee un "beneficio primario", como alivio de las tensiones inconscientes. De esa forma, un síntoma puede ser considerado, muchas veces, como la mejor conducta de que un individuo dispone, en determinadas ocasiones.

Según esta consideración, los aspectos simbólicos expresan dimensiones "manifiestas" y "latentes" de la personalidad, como relación significativa entre Significante y Significado "La técnica de la traducción del símbolo nos permite, pues, alcanzar la interpretación por un camino abreviado o, mejor dicho, saltar desde los estratos más elevados de la conciencia a los más inferiores del inconsciente" (Freud).

Por lo tanto, lo esencial de la comprensión del modelo sintomático no se manifiesta en una posición aislacionista, ni siquiera propiamente asociacionista, sino totalizadora. La conducta como unidad de Stes. es portadora de una significación que se realiza en los distintos planos de la objetividad, la interacción y la productividad.

Semiología psicoanalítica.

Comprendida así, la semiología analítica no tiene tanto empeño en re trazar una Nosografía psiquiátrica cuanto en aprehender, desde el marco teórico correspondiente, un cuadro clínico que ofrezca la posibilidad de manifestación intersubjetiva de un sentido. Pero esto supone, en último intento, una transformación del propio concepto de enfermedad: una comprensión quizás funcionalista, aunque ciertamente estructuralista. Ya no es tanto una "perversión", sino un modo de "funcionamiento", una manera de realizarse contextual y dinámicamente.

Entonces no se plantea un presunto orden de "adaptabilidad": ya no es que alguien se sitúe mejor o peor "ante" el "medio": es que se "es" así.

En cuanto a los planos que es posible comprender como susceptibles de ser abarcados por una Psiquiatría psicopatología analítica se puede decir que, en general, lo que le interesa es el registro de aquellas experiencias inscritas susceptibles de dar cuenta de la acción/representación en los distintos planos del discurso (=lenguajes), relación, producción. Y que todo ello le interesa en la medida misma en que la conducta es su expresión y su misma posibilidad efectuada.

Qué planos son los más estudiados pueden ser considerados en este sumario intento de clasificación:

- a) Semiología de los estados afectivos, con especial atención a los procesos de la angustia, el miedo, la culpa, la vergüenza...
- b) Semiología de las defensas patógenas.
- c) Semiología de los trastornos del carácter.



d) Semiología de los conflictos que abarca lo esencial de los procesos psicoestructurales de la neurosis, la psicosis y las caracterizaciones psicopáticas.

Evolución del concepto de enfermedad mental

Un ejemplo de ello es la búsqueda de explicación de las enfermedades mentales que sigue una secuencia parecida a la siguiente:

- 1) Como castigo divino (concepción mágico religiosa).
- 2) Como posesión diabólica (época de la inquisición).
- 3) Como enfermedad médica (Waldeyer, Vives, etc).
- 4) Como alteración de la estructura cerebral (Griensinger, Wernicke, Kleist, etc).
- 5) Como transmisión hereditaria en familias "degeneradas" (Morel- Magnan).
- 6) Como resultado de conflictos psíquicos (psicoanálisis).
- 7) Como reacción de desadaptación social (Adolf Meyer).
- 8) Como trastorno de la comunicación familiar (Bateson, Sistémicos).
- 9) Como refugio ante la presión social (Laing, Cooper).
- 10) Como trastorno en el procesamiento de la información (cognitivos).
- 11) Como alteración de la bioquímica cerebral (aminas, etc).
- 12) Como alteración de las estructuras cerebrales (Los trabajos con TAC, RNM, PET).
- 13) Como manifestación de una alteración genética.

Este rápido, e incompleto, esquema permite visualizar la evolución en espiral de las ideas que trataron de explicar el fenómeno de las enfermedades mentales; cada etapa realiza su aporte y al agotar sus respuestas deja paso a la siguiente etapa, y así sucesivamente. También se observa el reciaje holismo - atomismo-holismo, etc, y el trípode extrínseco-intrínseco-mixto. Desde luego que cada etapa tiene sus líderes absolutistas e integradores. Los absolutistas profundizan la temática que defienden aferrándose sólo a sus propios postulados; los integradores tratan de ligar los resultados de distintas temáticas a través de puntos comunes.

Conclusión

A pesar de los distintos puntos de vista con que se elaboraron los variados conceptos sobre estos temas no se ha conseguido la unidad de criterio necesaria para tener principios operativos de utilidad para la práctica psiquiátrica cotidiana. Este es uno de los casos en el cual lo pragmático supera ampliamente a lo teórico. El común de la gente puede determinar con relativa facilidad cuando alguien es anormal (cuando esta anormalidad es moderada o grave). Así también la práctica hospitalaria con alienados, al cabo de un tiempo, crea en el terapeuta "el olfato", la intuición, que le permite detectar cuándo un examinado es, por ej. un psicótico. Todo esto sin que pueda explicar exactamente qué lo ha llevado a diferenciarlo. Desde luego, que esto que mencionamos va más allá del análisis semiológico corriente.

Existe una captación global de lo normal, de lo enfermo, que uno va incorporando a través de toda su vida como inserción y aprendizaje implícito en el medio cultural. Es una experiencia común para cualquier docente



primario, y aún de jardín de infantes, cómo los chicos que padecen anormalidad (física o intelectual) son marginados y objeto de burla por el resto de los niños; a veces, mucho antes que el maestro, e inclusive los padres, se den cuenta de esta anormalidad. Esto da pie a la sugestiva idea que podría existir, para la normalidad, una memoria de especie y otra derivada de los modelos aprendidos.

Esta segregación natural de los anormales y enfermos ha creado el concepto de la enfermedad como un disvalor social o, como dice Jaspers (23): Otro obstáculo para llegar a una generalización que concite el acuerdo universal, radica en la particularidad del ser humano, que, por un lado incorpora patrones de conducta comunes a su cultura y a su tiempo pero por otro posee un grado de libertad que le permite su sello personal, de tal manera que no existen dos individuos iguales. Esto hace que la valoración sobre la normalidad y anormalidad sólo pueda realizarse en forma parcial. De acuerdo a esto, hay una doble vía de valoración para establecer la normalidad: Por un lado, si la persona responde a determinados patrones comunes, y por otro, la evaluación de las características específicas del individuo y sus circunstancias.

Las propias vivencias del terapeuta, lo quiera o no, son un elemento de peso para la construcción de su propio concepto de normalidad y va a incidir en el juicio que haga del examinado. Encontrar el sutil límite entre normalidad y anormalidad o sano y enfermo, es tal vez, pretender demasiado. En esta frontera difusa que posibilita la imperfección, el error, la enfermedad, pero también la libertad y la salud, quizás se encuentre lo esencial y distintivo del ser humano.

Resumen

El estudio de las teorías sobre normalidad/anormalidad se puede resumir en dos criterios básicos: el estadístico y el normativo; mientras que las ideas acerca del origen de la enfermedad se las sistematiza en un trípode conceptual: de origen intrínseco, extrínseco o mixto. Se estudia la evolución en espiral de las ideas acerca de la enfermedad mental. Concluyendo en el análisis de los elementos que dificultan una definición universal sobre normalidad/anormalidad o salud/enfermedad.

Esto mismo se advierte ya con el propio valor de un concepto aparentemente tan poco controvertido (por lo usado) como es el de "ESQUIZOFRENIA" o el más amplio de "PSICOSIS". En efecto, la esquizofrenia es la enfermedad más desconcertante de la Psiquiatría, si es que no de toda la Medicina. Los síntomas de lo que hoy se llama esquizofrenia han fascinado a los médicos y filósofos durante miles de años.

Tal como se concibe hoy a la esquizofrenia, en su abordaje están presentes diferentes facetas, que resumidamente se describen en seis modelos conceptuales que pueden ser considerados como formas básicas de abordar esta enfermedad:

- a) físico-biológicos;
- b) clínico-nosológicos;
- c) psicodinámico-interaccionales;
- d) fenomenológico-existenciales;
- e) conductuales de condicionamiento;
- f) sociológicos.

(23). "Un juicio de valor; enfermo implica desde cualquier punto de vista, pero de ningún modo desde el mismo siempre, nocivo, indeseado, inferior".



A su vez, dentro de ítem 2 podemos clasificar según:

- a) modo de evolucionar;
- b) modo de comienzo;
- c) modo de comienzo, curso y terminación;
- d) la sintomatología (formas clínicas básicas);
- e) edad del sujeto; e) el perfil longitudinal .

Variabilidad diagnóstica

Sin embargo diversos autores han señalado la gran variabilidad de criterio diagnóstico de un país a otro y las discrepancias entre las estadísticas de diversos hospitales. No sólo difieren considerablemente las frecuencias de los grandes grupos de enfermedades mentales, sino que también se observan discrepancias en la subclasificación. Las principales causas de confusión son los diferentes cuadros de referencia a base de los cuales se catalogó y definió el síndrome clínico de la esquizofrenia. Ha fomentado considerablemente la confusión no sólo el hecho inevitable de que cada observador concentre la atención en su aspecto diferente de la conducta de los esquizofrénicos, sino también el empleo de conceptos que no son empíricamente verificables.

Es por ello que intentaremos hacer un somero repaso histórico de los principales autores y acontecimientos, junto con los modelos más importantes que se han referido a esta perturbación dentro y fuera de la Psiquiatría y de la clínica psicopatológica, y específicamente dentro del ámbito clínico hospitalario y comunitario, que permitiría al clínico interesado en esta enigmática patología revisar algunos de los supuestos en que habitualmente fundamenta su diagnóstico.

Es obvio que este trabajo no tiene la pretensión de ser exhaustivo, sino simplemente orientador y provocador de motivaciones, de interés en ahondar la lectura de los clásicos, cuyas descripciones por no ser habitualmente conocidas no alumbran con la intensidad suficiente nuestra tarea cotidiana.

Bibliografía

1. Diccionario y manual de las nuevas matemáticas. Robert W. Marks - Editors Press, Nueva York, 1968, pg 98.
2. Historia y Sistemas de la Psicología. Williams Sahakian - Editorial Tecnos, 1987, pág 134-142.
3. Personalidades Psicopáticas. Kurt Schneider, 8ª edición. Ediciones Morata, 1980, pág 31.
4. Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Nathan Ackerman, Edic. Hormé, Edit Paidós, 7ª edic, 1982, p. 21.
5. Homo Religiosus. Giorgio Zunini, EUDEBA, 1970, pág 38-44.
6. Concepto de Madurez.- Vispo, R. Revista de Psicología Médica, VI, nº4, 1974.
7. Psicopatología General. Karl Jaspers, Editorial Beta, 4ª edición, 1963, pg. 887.
8. Alcmeon de Crotona (El cerebro y las funciones psíquicas). Diego Outes - Jacinto Orlando, Neuropsiquiatría, año XIII, nº 1-2, enero-agosto 1982, pág. 53-64.
9. La relación médico-enfermo. Pedro Lain Entralgo - Revista de Occidente, 1964, Madrid páginas 37



(Physis) - 65 (Alcmeon) - 72 (predisposición).

10. Patología General. Tomo I. Balcells Gorina - (Pedro Lain Entralgo, pág. 11-12). Editorial Toray, Barcelona, 5ª edición, 1978.

11. Los Criterios de Salud y Enfermedad Mental. Ipar, O., Badaraco, J., Sisto, C., Ceruti, R., Gayubo, F.

12. Tratado de Psiquiatría. Freedman y Kaplan, Ed. Salvat, 1982, Barcelona, pág. 2569.

13. El Hombre normal, ese desconocido. Raitzin, A., Ed. El Ateneo, 3ª edición, 1946, pág. 21-29.

Familia y salud mental

La estructura familiar incluye características tales como:

- a) el grado de claridad o difusión de los límites entre los miembros de la familia (es decir, qué miembros de ella son accesibles a quiénes y cuán amplia o limitada es la forma en que discuten un cierto rango de temas);
- b) el grado en que existe una jerarquía (quién está a cargo de quién y de qué); y
- c) la diferenciación (el grado en que los miembros de la familia tienen identidades separadas sin dejar de mantener el sentido de la familia como un todo). Por ejemplo, una familia en la que el padre es percibido como el sostén de ésta, cuya responsabilidad principal esté en el trabajo y no tenga que mantener un gran contacto con los hijos, podría reflejar una estructura familiar caracterizada por límites claros pero impermeables.

BOWEN

La triangulación es un tipo importante de disfunción asociada con la estructura familiar. O como concepto de "ley" o también como concepto de crisis y conflicto. Es un concepto utilizado por casi todos los terapeutas familiares. La triangulación se puede definir como el intento de resolver los conflictos interpersonales de dos personas, involucrando a una tercera.

En su trabajo inicial con paciente esquizofrénicos y sus madres, Bowen observó un desequilibrio entre estas fuerzas, al que llamó «apego o unicidad emocional» entre la madre y el PI (= paciente identificado). Consecuentemente, observó que el padre también parece funcionar de una manera tal, que mantiene los síntomas del PI, tanto por el apoyo tácito de la interacción madre-PI, como por el retraimiento y la incomunicación verbal. Bowen llamó a esta contribución colectiva a la disfunción del PI, el proceso emocional de la familia nuclear.

El concepto de diferenciación puede considerarse como el constructo principal de la teoría de Bowen. La diferenciación se puede describir como «el grado en el que el sí mismo se funde o se une con el sí mismo de otro en una relación emocional íntima» (24).

(24). (Bowen, 1978, pág. 200)



Las personas que exhiben un nivel relativamente bajo de diferenciación, «viven en un mundo de emoción en el que no pueden separar la emoción de la realidad» (Bowen, 1978, pág. 201). Las personas relativamente indiferenciadas se orientan y consumen una gran cantidad de energía mental en las relaciones, y experimentan mayor tensión y malestar físico y emocional que los individuos más diferenciados.

Bowen asoció la mayor diferenciación con la madurez emocional. Los individuos diferenciados no son tan reactivos emocionalmente y son más flexibles que las personas menos diferenciadas. Según Bowen, cuanto mayor sea el predominio del funcionamiento emocional sobre el intelectual, mayor será la probabilidad de que el individuo sea menos diferenciado y más susceptible a la influencia de la fusión o de la «unicidad». La diferenciación se alcanza al lograr un equilibrio entre el funcionamiento emocional y el intelectual en el cual el individuo es capaz de elegir cómo desea responder.

Positivizar la salud

Salud y Enfermedad son conceptos complementarios pero no homogéneos. La enfermedad es una realidad múltiple y en progresiva reproducción. Por contra, la salud se entiende como una, un modelo o un referente tal vez ideal, pero que no admite versiones diferentes o graduales.

La enfermedad es pensada en positivo, como suma de rasgos y procesos a los que se dedica un gran esfuerzo intelectual y pragmático. La salud, en negativo, como ausencia de enfermedad, de sus consecuencias y limitaciones. Frente a las actividades que se producen bajo el rótulo de la enfermedad (explicativas del fenómeno, diagnósticas, pronósticos, terapéuticas y preventivas), la salud sólo produce un ideal regulador. Se agota generalmente en la mera constatación de que no existe, de qué ocuparse y más rara vez da lugar a un esfuerzo teórico o pragmático superior.

La distribución espacial de la salud/enfermedad ha tenido a lo largo de la historia sucesivas versiones coincidentes. Se considera en todas ellas que el espacio natural de la salud es el cuerpo y el estado propio del cuerpo, el estado sano. De esta forma la salud, extendiendo a ella la afirmación de Szasz, es objeto de la primera mitificación. El rousseaunianismo moral y filosófico tiene aquí, tal vez, su expresión de mayor vigencia. La enfermedad ha sido concebida, en consecuencia, como algo ajeno al individuo y personificado como un adversario. Según esta metáfora (Sontag, 1980 y 1989), la enfermedad puede presentar dos formas: la del enemigo interno y la del enemigo exterior.

El primer grupo incluye la herencia, los elementos constitucionales, las demandas o impulsos instintivos, en fin, cuanto pertenece al capítulo de las etiologías endógenas. El segundo grupo está integrado por los factores traumáticos, las infecciones, los factores contextuales (alimentación, condiciones de vida...), los patrones de interrelación aprendidos o establecidos, la biografía, las vivencias, en particular las traumáticas, etc.

Salud y contextos

La exterioridad y extrañeza del agente patógeno encuentra un equivalente (subordinado a aquél) en el agente salutífero exterior y extraño. Frente a la posesión, el exorcista. Contra el virus el antibiótico. Cerca del paciente a quien le sobreviene una crisis, el terapeuta.



El acento en las condiciones del contexto, en las relaciones que la persona establece dentro de él supera las versiones más elementales de la extraneza y la exterioridad, El intercambio (de información>, la influencia recíproca, definen un nuevo campo donde juega el individuo. Lo extraño y lo propio, lo exterior y lo interior configuran elementos en continuo desplazamiento entre el individuo y el medio. En esta versión de la salud y la enfermedad no desaparecen las nociones de exterioridad y extrañeza Se integran en una concepción de orientación sistémica. Ya Hipócrates describió con agudeza las relaciones entre los factores ambientales y la salud. Pero desde el siglo pasado hasta hoy día se han sucedido las propuestas de este género. La sociología con el viejo Marx o los modernos Berger y Luckman (1986) analiza los diferentes escenarios producción, alienación, universo simbólico en que se produce la interpelación. Desde la práctica clínica, autores como Basaglia (1970, 1972) o Laing (1980) fundan su crítica y sus modelos en el análisis del rol, del aparato psiquiátrico y de las variables micro o macrogrupales. Mencionaremos, por último, a los autores sistémicos y comunicacionales (Watzlawick, 1989, 1990; Bateson, 1985, 1990; Bateson y Ruesch, 1984) con su estudio en profundidad de la interpelación, particularmente en el grupo familiar.

Otra cuestión es la naturaleza del fenómeno que denominamos salud y enfermedad. Existen, históricamente, dos grandes concepciones: la ontológica y la funcional. La primera concibe la enfermedad como una realidad estable y previa a su manifestación concreta en un determinado ser. Las nociones de exterioridad y extrañeza tienen aquí su manifestación más explícita. La enfermedad posee una realidad material o casi. Es una entidad diferenciada, intemporal respecto de sus víctimas concretas, invariante, con una expresividad sintomatología y procesos curso, terapéutica determinados.

Desde la expresividad patológica, podrán diferenciarse tipos de enfermedad. Estos configuran modelos caracterizados por los rasgos recién enunciados, que deben identificarse en el cuerpo enfermo y que poseen una existencia independiente del mismo.

La concepción ontologista ha merecido diversas críticas. Citaremos algunas de las principales. La primera, en un orden lógico, es la fusión de las realidades abstractas con las materiales. Un modelo interpretativo recibe así las características de un ente físico.

Otra objeción será la insustancialidad de las entidades nosológicas. Con ello se alude a la invención de modelos patológicos constituidos por rasgos inesenciales o que rara vez encuentran un soporte en la realidad.

En un sentido más general podrá criticársele la inadecuación de la fórmula explicativa a la realidad explicada. Eso parece seguirse de la aplicación de un modelo objetual, con su rigidez y limitaciones, a un fenómeno como el enfermar, en el que a las variables propias de la vida orgánica y psíquica se suman las de las interpelaciones ambientales y sociales.

La teoría ontológica satisface una doble tendencia: a la reificación de los objetos del pensamiento y a la limitación de su número y rasgos. En este caso, las entidades patológicas estarían representadas por unos pocos modelos.

La concepción funcionalista de la salud enfermedad pone su acento en la interacción de tres grandes grupos de factores. Estos son: unas leyes generales (las propias de la fisiología en el funcionalismo médico), el individuo (en cuanto constitución concreta) y el contexto (características e influencia del entorno).

Al igual que en las hipótesis ontológicas las nociones de exterioridad y extrañeza cumplen su rol, aquí ese rol



recae en la complejidad y multiplicidad del fenómeno. En efecto, a la presencia de los tres factores etiológicos citados hay que añadir el peso que en el enfermar se reconoce a los factores segundo y tercero. La multiplicidad se verá refrendada por la intervención de elementos de diferentes áreas, fisiológica, psicológica y sociológica, entre otras.

Pero ontologismo y funcionalismo se diferencian, sobre todo, en el objeto deificado: la nosología o el enfermo. Si en el enfoque ontológico se adecuaba al individuo a una entidad patológica, el funcionalismo considera el patrón nosológico una forma de explicar al individuo enfermo (Engelhardt, 1981).

DEFINICION DE LA OMS

La OMS (1958) identifica la salud con un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente ausencia de enfermedad o achaque”. Son aspectos interesantes de esta definición la concepción de la salud como un hecho global, que abarca las distintas áreas de la vida humana, así como la no reducción de la salud a una entidad negativa: ausencia de enfermedad. La positividad de la misma radicaría en el bienestar, una realidad que para merecer algún crédito deberá ser subjetiva. El bienestar no se puede decretar desde fuera, ha de ser experimentado por el individuo al que se le atribuye.

Este tipo de experiencia subjetiva y refrendo personal comporta una de las debilidades de la definición. La otra proviene de la exigencia de que el bienestar sea total. Es sabido que existen patologías orgánicas que cursan durante largo tiempo sin molestias para el afectado. Este punto resulta tanto más sensible en los actuales tiempos de SIDA, en que la detección en un organismo de una condición necesaria para la enfermedad (el virus VIH) lo hace ingresar ahora en un colectivo de enfermos por algo que podría producirse en el futuro (Sontag, 1989).

En la esfera de la salud mental esta objeción resulta tanto más grave cuanto que existen cuadros caracterizados por una felicidad patológica. Por otra parte, la exigencia de que el bienestar sea total pone muy alto el umbral de la salud. En una sociedad caracterizada por sus altos índices de exigencia y estros la confesión de completo bienestar resultaría insólita y hasta sospechosa.

Por otra parte, la definición de la OMS nos permite plantear la cuestión de si los polos de la antinomia salud/enfermedad se reparten, realmente, el campo que pretenden explicar. En otras palabras, si Salud=No Enfermedad. Parece que no ocurre así. Salud es igual a No Enfermedad más otra cosa. Qué sea ese otro elemento, sumativo o catalizador, es el asunto reconocido o implícito, de la mayor parte de las definiciones de salud. En el caso de la OMS es el bienestar. Veremos en su momento qué es para otros autores.

EL TRASTORNO MENTAL versus LA ENFERMEDAD MENTAL

A lo largo del siglo XX el concepto de enfermedad mental recibe numerosas críticas y experimenta importantes cambios en su definición y objeto. La fundamentación exclusivamente biológica de la patología será uno de los puntos más conflictivos. Freud construye su trono sirviéndose de variables culturales y comunicacionales. La modulación del instinto, la constitución y función del superego, la dinámica del



inconsciente... dan cuenta de la existencia de un proceso evolutivo truncado o mal resuelto, de un conflicto mental subyacente.

La influencia de Freud da ocasión a esfuerzos de síntesis de los factores biológicos, culturales y sociológicos. Ey (1978) concibe la enfermedad como un fracaso en el proceso evolutivo de integración del ser humano. Un integración orgánica que pertenece a los órdenes de la medicina y la biología. Sin embargo el inconsciente es asumido como una estructura propia de niveles inferiores. La sintomatología de ese fracaso mostrará una regresión a tales estratos o bien la pérdida por el enfermo de su diferenciación psíquica.

En la teoría organodinámica de Ey la enfermedad mental se produce en el ámbito de la conciencia. Es un estado o una forma de desorganización de la misma. Se manifiesta en una pérdida de autonomía y de libertad.

Schneider (88, 1980) propone el criterio corporal para deslindar lo que es enfermedad de lo que no pasa de anormalidad. Son, pues, los factores morfológicos y fisiológicos, más las malformaciones, lo que define la enfermedad. Aquella conducta anormal, malestar o sufrimiento, que no posean un correlato orgánico sólo podrán calificarse de enfermedad en sentido figurado. Las enfermedades mentales se reducen a la epilepsia, las demencias, oligofrenias, psicosis orgánicas o tóxicas y, aunque sin seguridad completa, la esquizofrenia y ciclotimia.

Se aprecia, acompañando a la tendencia a la delimitación del campo de la enfermedad mental, una precaución descriptiva y un énfasis en los factores situacionales o contextuales. La temporalidad es una condición que acentúan distintos autores. El patrón o función patológica ha de tener una cierta constancia y persistencia. A este rasgo del patrón patológico Albee (1970) añade la falta de control del sujeto sobre sí mismo, su carácter diferenciados e incapacitaste para desarrollar una vida sana.

Jahoda (1958), por su parte, insiste en el punto de la temporalidad. Considera que la imprecisión reinante es responsable de buena parte de la confusión que existe en este campo. Si la enfermedad mental fuera una función duradera tendríamos que clasificar a los individuos y ocuparnos de la predicción de sus conductas y sentimientos, de acuerdo con los estresores y otros elementos de la situación que vive. Pero si la patología consiste en una función transitoria habrían de ser las acciones lo que se clasificase, sin olvidar las condiciones situacionales.

LA NORMALIDAD/ANORMALIDAD

La relación entre norma y adaptación es estrecha. Tradicionalmente se reconoce la eficacia adaptadora que generalmente representa el conocimiento y cumplimiento de la norma. Otras relaciones son: la norma es el producto de un esfuerzo adaptativo previo, realizado por las generaciones e individuos que la idearon y establecieron. Es un patrón que evita a cada momento el esfuerzo de analizar y evaluar la realidad para actuar con éxito. De seguridad, por tanto. Y es el patrón que permite juzgar a los demás y a sí mismo, correctamente. Asegura, pues.

La norma conlleva rasgos contrapuestos. Se adquiere en los sucesivos procesos de socialización. Está, en este sentido, al margen de cualquier valoración crítica y concita el resentimiento con frecuencia.

La aplicación del concepto de norma al ámbito de la conducta humana arrastra éstas (seguridad, neutralidad,



represión) y otras connotaciones, y se resiente de las más negativas. La normalidad como criterio de salud atrae a la imaginación la figura de Procusto ajustando a las personas a una regla previa e idéntica.

Dejando a un lado el estrecho margen que le corresponde a la connotación aséptica de la norma, ésta se acompaña de una valoración que, en consonancia con el poder emocional y movilizados de ciertas ideas, calificaremos de fuerte. La norma despierta aprobación o rechazo. Ambas cosas en las mismas personas y, a menudo, distribuidos sobre los mismos asuntos.

Conviene tener conciencia de la complejidad del sistema de la norma cuando se pretende utilizarlo como criterio psicopatológico. El cuadro de Scharfetter (1985), modificado, expresa los componentes esenciales de ese sistema, desde la Psicopatología.

Normalidad Anormalidad

Salud Patología

Cuadro 3. El sistema de la norma de salud

Veremos a continuación algunas de las cuestiones implícitas en este esquema

La diferenciación Anormalia/Anomalía.

Ambos términos tienen un origen etimológico distinto. Anormal designa la desviación de la norma, esto es, la escuadra del albañil, el precepto. Predomina en él el sentido valorativo. Anomalía designa, a su vez, lo no liso, no igual: lo rugoso, desigual, irregular. Predomina lo descriptivo.

Lo anómalo pertenece (a) al orden de los hechos, (b) remite a la materia, designa objetos, que resultan sea (c) monstruosos, (d) sin responsabilidad por su parte, pues ello es fruto de (e) un fracaso. Lo anormal, a su vez, reside en (al) la esfera de los códigos, (bl) participa de la conciencia, (cl) es entendido como una desviación, (di) de la que se es responsable, y (el) como un error.

Aplicando ambos conceptos a los fenómenos psicopatológicos, la anomalía convendría a aquellos hechos biológicos puros, factores hereditarios, procesos degenerativos..., la anormalidad remite a producciones mentales como son los códigos. Este resultará, por tanto, el concepto pertinente en Psicopatología De modo excepcional, limitado al exclusivo referente biológico, el de anomalía.

En este marco, el uso del sustantivo anomalía o el antiguo anomalidad por anormalidad (del adjetivo anómalo por anormal) debe entenderse como un eufemismo que pretende evitar las resonancias negativas de este concepto o asepticar el discurso. En la definición del objeto de la psicopatología se volverá, no obstante, sobre este punto.

Precisiones y relaciones semánticas.

Anormal y Enfermo no son conceptos sinónimos. Dependerá del criterio de normalidad que se utilice. Así puede ser anormal no enfermar en determinadas condiciones. En estos casos, lo normal es contraer la enfermedad.



La anormalidad (anomalía) de una mutación puede resultar providencialmente positiva y, pensando en el individuo que la experimenta, podrá significar cosas y valoraciones opuestas, simultáneamente. Sin llegar a la mutación, la genialidad es un ejemplo de anormalidad positiva. Aunque, como en el caso anterior, acompañada a veces, de efectos negativos para la persona.

La normalidad no es igual a salud. De igual modo que la anormalidad no es lo mismo que la patología. Es un sector de lo patológico. Salud se opone a patología pero, si seguimos el cuadro precedente, no siempre a anormalidad.

Salud y enfermedad son consideradas antónimos. Y lo mismo ocurre con salud y patología. Enfermedad y patología no se superponen una a otra. En la patología se subsumen la enfermedad, presencia de trastorno orgánico y otras formas sin etiología orgánica. Lo que supone que, en la acepción que aquí utilizamos, se superponen los campos semánticos de patología y trastorno.

Igualmente consideraremos el concepto de anormalidad más extenso que el de patología. De donde se seguirá que, en sentido estricto, sólo una parte de la conducta anormal pertenecería al objeto de la psicopatología.

Norma y valor

Por más que se pretenda otra cosa la norma conlleva, habitualmente, una valoración. La positividad o negatividad que la acompaña remite al orden del juicio en último término moral y del deseo búsqueda/huida. Descubre la existencia de un componente cualitativo. Si bien este hecho es inevitable, el psicopatólogo deberá reconocer su existencia con el fin de conocer el alcance de su trabajo y sus propuestas y evitar incurrir, por inconsciencia, en valoraciones indeseadas.

Cuando se alude al valor se hace referencia a la aplicación de códigos diferentes del psicopatológico. Es claro que unos trastornos son juzgados más severos que otros, y unos estados más o menos deseables por el propio paciente que otros.

LOS CRITERIOS DE NORMALIDAD

Describir la salud mental a partir del concepto de normalidad desplaza hacia éste problema de la definición. De qué es la salud se pasa a la misma pregunta acerca de la normalidad. Y entonces hallamos concepciones muy diferentes y posiciones divergentes entre los autores. Existen numerosos criterios en la literatura. Los hemos agrupado en cuatro apartados por el área en que se sitúan sus discursos: del individuo afectado, del experto de la salud, de la autoridad o social. El cuadro siguiente, sujeto a crítica en más de un punto dada la polisemia de los criterios de normalidad, lo representa.

Es un hecho que los juicios de salud/enfermedad o normalidad/anormalidad no son constantes, interculturales. En la práctica, ni siquiera intraculturales, pues dentro de cada sociedad existen subculturas con sus propios códigos que pueden llegar a ser notablemente específicos y divergentes.

Esta relatividad de la conducta ha sido puesta de relieve, desde antiguo, por los autores de orientación socio



antropológica. Ackerknecht (1942) sintetizó de este modo las relaciones posibles entre patología y cultura: las conductas consideradas normales universalmente (heteronormales) y las consideradas universalmente patológicas (heteropatológicas). Las consideradas normales en la cultura propia y patológicas en otras (autonormales) y las consideradas patológicas en la propia y normales en otras (autopatológica).

La investigación desarrollada en el marco de este criterio es abundante. Se han estudiado las imágenes de la locura, la distribución y diferencias de categorías patológicas, la incidencia de factores o procesos psicosociales o la de factores ambientales asociados a la patología Edwards y otros (1983) estudiaron la concepción de la locura entre los zúlu. Katz et al. (1978) analizaron los perfiles de patología/normalidad en base a determinadas categorías. Las redes sociales han sido estudiadas por Cohen y Sokolowski (1978), y el estigma y el rotulado por Waxler (1974). Por último, puede destacarse la investigación de Leon (1986) sobre concepciones, terapias y síndromes culturales en Latinoamérica. La proliferación de trabajos no debe ocultar una grave cuestión: las diferentes formas patológicas (Vázquez, 1990), así como el diferente modo de reconocerse y ser reconocido como enfermo, disnto, trastornado... plantea un serio problema teórico a los estudiosos.

El criterio cultural manifiesta todo su valor y su debilidad en el relativismo que comporta. El profesional y el científico de la salud no se conforma con esa sola constatación. Busca persistencias, invarianzas, estructuras de alcance general. No parece suficiente, en este sentido, el factor de funcionalidad cultural por el que resultan a normal la conducta funcional al sistema en que se produce. Nada explica, en todo caso, de la normalidad y la patología en cuanto tales. A menos que del empeño descriptivo se pase al epidemiológico, ciertamente. En cuyo caso la cultura pasa a ser una variable o un grupo de ellas. Sea como fuere no es posible negar el factor cultural ni en el enfermar ni en la personalidad. Autores psicodinámicos (Crawford, 1990) o experimentalistas (Guerra, 1992) trabajan con conceptos tales como personalidad en la cultura o personalidad cultural.

Criterio normativo.

También podría denominarse a este criterio, consensual o social. Lo definen las normas dominantes en el grupo. Aquellas que figuran en los códigos legales y explícitos pero también, y sobre todo, las que integran los códigos de la conveniencia y los no escritos.

Mira y López (1946) precisa la actitud del grupo. Si acepta sin esfuerzo una conducta generada en su seno, si la consiente, ésta pasa a integrar el registro de conductas normales.

Que la conducta que se ajusta a las normas sociales sea normal, independientemente de su contenido o del juicio que merezca desde el mismo criterio normativo pero enunciado por otro grupo, tiene las siguientes consecuencias. El criterio normativo confluye con el cultural cuando cambia su esfera de Actuación del campo social al universo de las culturas. Volviendo al objeto, la patología, ésta no existe en las conductas individuales aceptadas pero tampoco en las sociedades que las aceptan. Siendo la sociedad con las importantes precisiones que se deseen quien enuncia el modelo de normalidad, sus posibilidades y límites, no podrá reconocerse patológica. Ello requeriría la existencia de un definidor independiente. No hay sociedades patológicas.

El profesional de la salud recibe la definición del objeto de su disciplina. El terapeuta recibe el objetivo de su



intervención: lograr la congruencia de las conductas los pacientes, clientes, usuarios con las normas dominantes.

Siendo cómodo un criterio semejante, su debilidad estriba en su alcance restringido. Impide la formulación de principios generales, incluso para un mismo grupo humano pues con el paso del tiempo cambian las normas y lo que para una generación es patológico para la siguiente puede ser normal.

Así mismo, este principio condena a experimentar siempre la resistencia intelectual (y la repugnancia moral, en ocasiones) que ocasiona el ver férreamente restringido el ámbito de la realidad sobre el que formular juicios.

Criterio adaptado.

Tal como podía decirse del criterio normativo que procedía de una reducción del cultural mediante la localización de una sociedad concreta, el criterio adaptativo puede verse como una reducción del normativo al focalizar al individuo que integra un grupo. Si la norma es una exigencia sistémica, la adaptación lo es individual. La razón de este criterio se cifra en la búsqueda del bienestar, la satisfacción o la integridad y perpetuación del sistema que constituye cada sujeto.

El interés por el desarrollo del individuo en todos los órdenes sólo superficialmente puede considerarse limitado o egoísta. Los sujetos existen en un medio caracterizado por la interpelación de todos sus elementos. En esta realidad sistémica parece más razonable pensar la salud general desde el bienestar de los elementos individuales que la salud de estos desde el interés del sistema. En todo caso es en el criterio subjetivo donde este planteamiento resulta más cierto. Y ello porque la adaptación de una conducta, en todo lo que supere la estricta creencia del individuo, depende en mayor o menor medida de criterios exteriores a él. Así se comprende al considerar el caso de las minusvalías. Su inadaptación al medio resulta evidente para el observador, aunque el afectado disfrute de un ajuste psicológico y un grado de bienestar notables. La inadaptación más obvia no impediría un alto grado de adaptación, de salud mental. La ambigüedad del criterio queda así de manifiesto, a menos que se mida la adaptación como la adaptación posible a partir de las condiciones dadas.

Aceptada esta explicitación la conducta pasará a ser previsible, a ajustarse a expectativas y Normalizaciones específicas. El problema será su dependencia de la diversidad y versatilidad de las condiciones previas. Dependencia que afectará tanto al sujeto (para adaptarse), como al científico (para estudiar la adaptación).

El concepto de equilibrio permite, dentro de este apartado, una interpretación más psicológica menos sociológica y conveniente. Desde la metodología Toas (1989) ha considerado el equilibrio como el objeto de la psicología. Un equilibrio que puede decirse del individuo o de la situación pero que parece más oportuno hacerlo del individuo en la situación. Expresión con un cierto carácter pleonásmico, pues no hay situación sin individuo ni éste sin aquélla. No incurremos así, en el riesgo indicado por dicho autor de confundir antropología psicológica con psicología clínica.



Discursos de Autoridad

Criterio Ideal y Utópico

El componente valorado y normativo, la atribución e imposición de estos elementos a las conductas, impregnan en medida variable la mayoría de los criterios. Junto con el normativo, el criterio ideal lo convierte en su razón explícita. Si en el criterio normativo el emisor tomaba una forma anónima y social, aquí toma forma de personajes investidos de una autoridad reconocida.

El criterio ideal es un modelo de salud que no se propone como referente único y completo para determinar la normalidad. Generalmente el modelo supera con mucho el espacio de la salud mental de los individuos para extenderse al conjunto de la vida y las interrelaciones sociales.

Son ejemplos de criterios ideales los modelos morales y religiosos que asumen esa función. Baste recordar al dios mosaico o al inquisidor de los siglos XVI y XVII.

La convivencia de elementos sanos con otros patológicos, que se detecta en otras concepciones, se convierte aquí en condición del propio modelo y, en ocasiones, adquiere un tono dramático. Los grandes sistemas de la salud del siglo pueden integrarse, al menos en sus versiones más rígidas, en este apartado. Y el propio empeño científico participa de este criterio en alguna medida.

Bien desde el mosaísmo, desde el psicoanálisis o desde cualquier otro criterio ideal la normalidad es un objetivo, que se disfruta de manera incompleta en el mejor de los casos. La normalidad es un ideal utópico respecto de cual los individuos se hallan más o menos cerca. Son más o menos sanos.

La fortaleza de este criterio radica en su independencia de factores diferenciados por grupos o variables por el paso del tiempo. Su debilidad radica en la naturaleza explicativa (y congruente con su fin) de su sistema, así como por su tendencia a extenderse a campos de la realidad cada vez más amplios.

Discursos de Experto en Salud.

Criterio médico.

El criterio médico supone la extensión del modelo de salud/enfermedad física a la esfera mental. Parte de la idea de que los trastornos tienen una causa subyacente de naturaleza orgánica (o, secundariamente, psicológica). El trastorno se expresa a través de los síntomas, cuyo código está en manos o es competencia exclusiva del experto. A la lectura sintomática le sigue el diagnóstico o definición de la patología y el sujeto en cuanto afectado por ella. El tratamiento subsiguiente se justifica en el diagnóstico y tiene como objeto la supresión de la causa subyacente.

Se trata de un modelo etiológico, nosológico, que resulta poco atractivo para quienes prefieren un enfoque dirigido a la terapia. Así mismo se critica que la naturaleza del mal mental es diferente del mal físico. Los síntomas no serían tan inequívocos como son la fiebre, las hemorragias o ciertos datos de la analítica. En la esfera de la patología mental los síntomas son más difíciles de identificar, más ambiguos, de significación menos precisa.



La diferenciación entre lo patológico y lo sano es una cuestión insatisfactoriamente resuelta. A ello responde la propuesta de situar la salud no en el cumplimiento de un tipo ideal sino en la superación de la representación o nivel patológico de la persona (Redlich y Freedman, 1966). Sin embargo, la propuesta traslada el problema a otro punto: la ideología o la orientación teórica, incluso la personalidad, del profesional que deba decidir en qué punto se sitúa el umbral que separa la normalidad de la patología.

En resumen, lo patológico no puede subsumirse en lo orgánico y las concepciones útiles en este caso no lo son en aquél. Si se plantea la cuestión patológica en términos de órganos constituidos para cumplir con éxito determinadas funciones tendremos que en la esfera psíquica no es sencillo determinar cuáles son las funciones y potencialidades de una estructura mental o un patrón de conducta.

Szasz (1961) se opone al concepto de enfermedad mental. La anormalidad sería producto de las dificultades de la vida de las personal. La enfermedad mental se reducirla a la violación de una norma social, moral... Es en estos códigos donde debe dirimirse la cuestión y no en el orden de la enfermedad. Allí donde se halla una disfunción orgánica tendríamos una patología física y no mental. Resulta digno de destacarse el efecto medicalista que este planteamiento puede tener en determinadas manos. El psicopatólogo sería sustituido con ventaja por el neurólogo y el médico, y el psicólogo por el sociólogo.

Por último el criterio médico ignora la influencia de los códigos sociales, que dictan tanto las conductas como su categorización. De ellos depende el reconocimiento de lo normal y lo anormal así como su valoración y la relación que el grupo mantendrá con el sujeto y la conducta anormales. En psicopatología este factor posee una importancia fundamental.

Puntuación en pruebas objetivas.

La pruebas objetivas resultan útiles como criterio de normalidad siempre que se respete su alcance limitado. Más allá de esos usos concretos, generalmente relacionados con la investigación, carecen de interés. Este instrumento proporciona información sobre el funcionamiento de la persona, pero en las condiciones de vida real ésta se comportará de manera diferente. Por otra parte es conocida que la correlación entre las puntuaciones de dos instrumentos midiendo un mismo rasgo es, a menudo, baja.

Tratamiento, Historia clínica, Diagnóstico.

Con fines, como en el caso anterior, muy precisos, llega a utilizarse el tratamiento, el diagnóstico o la historia clínica como criterios de normalidad. También las consideraciones y la crítica son similares. La variabilidad dictada por las diferencias de orientación entre los expertos limita gravemente la homogeneidad de las categorías. De forma que, por lo que se refiere al diagnóstico, es frecuente el desacuerdo entre los profesionales, salvo en los cuadros más generales. Los mismos síntomas pueden dar lugar a más de un diagnóstico. Del mismo modo que los criterios de hospitalización psiquiátrica son diferentes para los distintos profesionales. O que las historias clínicas pueden registrar semejanzas superficiales al no considerar en profundidad la peculiaridad propia de cada caso

Otro factor distorsionados procede del cambio que se produce en las pautas diagnósticas o terapéuticas



dominantes.

Todo ello introduce abundantes y graves sesgos, que restan un valor general a la información así extraída.

Criterio forense.

Se constituye, siquiera sea formalmente, este criterio a partir de una demanda explícita de una autoridad o un tercero dirigido al profesional de la salud. Es la naturaleza de esa demanda lo que dictará la razón del criterio. Y éste tendrá el valor de un dictamen de efectos extrasanitarios: sociales, morales, penales...'

El contenido de la cuestión dirigida al experto se refiere, en síntesis, a la imputabilidad de una conducta individual.

El origen de la demanda sitúa fuera del escenario psicopatológico la razón de este criterio. Estos son sus elementos y premisas:

Existe una conducta delictiva (transgresora de códigos penales).

Ante la que hay que emitir un juicio público en esos mismos órdenes.

Pero de la que se ignoran la conciencia, propósito y voluntariedad.

Elementos que se juzgan esenciales para presumir la responsabilidad y la imputabilidad de esas conductas. El informe pericial permitirá extraer conclusiones sobre la capacidad de juzgar (según el criterio restringido) o los condicionantes afectivos y situacionales (según el criterio laxo) que se dan en los hechos y personas estudiados. La extinción o la atenuación de la imputabilidad dependerá de ello.

Hay que insistir en que la razón de este criterio procede de un campo ajeno al de la psicopatología. Sin la demanda citada no existiría este criterio. No obstante la palabra científica refuerza el discurso implícito en la misma y, entre otras cosas, algunos mitos. Es el caso de la creencia en la existencia del determinante constitucional en las conductas. Por esta línea de pensamiento se considera que las características psicológicas como, en otros tiempos, las orgánicas de la persona las convierten en proclives al delito o refractarias. El psicópata sería el paradigma de un género de ciudadano cuya constitución psicológica lo hace amenazador. Es cierto que éste es el desarrollo extremo del argumento, pero a ello conduce la ignorancia de los factores culturales, situacionales u otros que se dan en cada conducta. Ese es el riesgo de convertir a ciertos elementos psicológicos (conocimiento de las normas o las consecuencias del hecho, etc.) en factor determinante en la calificación de la conducta.

Resulta problemática la comprensión en sus justos términos de situaciones vitales o procesos psicológicos. Pero también lo es determinar la incidencia real de elementos aislados como los que se expresan con los términos "fuerza mayor" o "miedo invencible". No se comprenden las razones de la atribución casi automática de libertad y responsabilidad plena a actos realizados con conocimiento y conciencia. La dependencia en estos y otros casos del juicio del profesional de la salud, con su ideología y circunstancias, es clara.



Criterio estadístico.

Las conductas son cuantificadas y distribuidas de acuerdo a su puntuación. El resultado es una curva de Gauss en cuyo tercio central se alojan los dos tercios de las conductas normales mientras que las restantes se distribuyen por sus dos extremos, alejándose progresivamente de la norma.

Hay que reconocerle a este planteamiento la claridad y difusión social que alcanza. De hecho da forma teórica a lo que ya es un mito popular en relación con la locura. Para el investigador y para el clínico resulta sugestiva la concordancia que varios científicos obtendrán en sus pruebas, siempre que no se hallen en posiciones teóricas muy distantes. La definición del objeto estudiado resulta de gran precisión: una puntuación que ocupa un lugar concreto en una curva de frecuencias.

El criterio estadístico se opone a la definición dualista de los fenómenos. No hay salud o patología sino más o menos salud o patología. Esto que puede interpretarse como una imprecisión puede representar una ventaja, por cuanto una concepción gradualista de la salud se ajusta mejor a la realidad.

Hay que contabilizar, en cambio, entre las críticas, el carácter demasiado parcial de su información. Debe medir aspectos limitados de la personalidad a fin de garantizar la fiabilidad de los resultados. A mayor complejidad del objeto a medir, menor adecuación del instrumento.

Su peculiar distribución crea dos ilusiones. La primera, que la mayoría de la población de la muestra es sana, al situarse en la parte central de la campana. La población puede estar mayoritariamente enferma en el aspecto estudiado y, en ese mismo aspecto, dos poblaciones culturalmente alejadas podrán dar posiciones mayoritarias diferentes. La segunda, que los extremos son negativos: el exceso y el defecto parecen reclamar una definición y valoración semejantes, lo que no resulta cierto.

Jose Luis de la Mata y Teresa Gil