



El “efecto Charcot” y sus implicaciones para la producción y búsqueda de evidencia (1)

Mariano Pérez Álvarez
Universidad de Oviedo

Febrero 2012. Boletín Psicoevidencias nº31. ISSN 2254-4046

El “efecto Charcot”, según el cual el clínico describe lo que él mismo prescribe, fue introducido como instrumento crítico para desenmascarar el vigente sistema de creación de enfermedades mentales debido, sobre todo, a los sistemas diagnósticos y a la investigación psicofarmacológica (González Pardo y Pérez-Álvarez, 2008; Pérez-Álvarez y García-Montes, 2007). Lo que en tiempos de Charcot se circunscribía a la Salpêtrière, hoy se da prácticamente en todo el mundo, cual Salpêtrière global. Por lo que aquí respecta, se plantearán sus implicaciones en relación con la práctica basada en la evidencia.

Probablemente, las dos cuestiones más importantes que en los últimos tiempos se ciernen sobre los trastornos psicológicos, psiquiátricos o mentales tienen que ver con su naturaleza y con la eficacia de los tratamientos. Respecto a la naturaleza, la cuestión que se plantea es si los trastornos psicológicos son entidades naturales, ahí dadas, como se supone que lo son las enfermedades propiamente médicas o si son entidades interactivas, prácticas, susceptibles de ser conformadas por las propias prácticas clínicas, sociales y culturales. Esta cuestión tiene su *punto crítico* en la noción de invención aplicada a los trastornos psicológicos. Por su parte, la cuestión de la eficacia de los tratamientos se plantea en relación con el movimiento de los tratamientos empíricamente apoyados, si su lógica y hallazgos son la última palabra y frontera de las terapias psicológicas. ¿Con su validación, se ha llegado al “fin de la historia” de los tratamientos psicológicos? El movimiento de los tratamientos empíricamente apoyados no es o no debe ser indiferente a la cuestión de la naturaleza de los trastornos, si son entidades naturales o interactivas. La noción de invención plantea esta cuestión, según se utilizaba en el libro *La invención de los trastornos mentales* (González Pardo y Pérez Álvarez, 2008). La noción de invención tiene aquí un doble sentido: como crítica y como tesis ontológica. Ambos sentidos conciernen a la validación de los tratamientos psicológicos.

Sentido crítico de invención

El sentido crítico de invención se refiere principalmente al procedimiento de la industria y el marketing farmacéutico por medio del cual han convertido problemas de la vida en trastornos mentales como si fueran unas enfermedades más cualquiera. El ejemplo paradigmático es la conversión de la timidez en la fobia o ansiedad social, descaradamente, para comercializar un preparado (*Paroxetina*). (Véase Lane, 2010). Por así decir, se ha preparado un trastorno como nicho comercial para colocar un preparado farmacéutico. El trastorno de pánico es otro ejemplo notable, en este caso, entresacando ciertos síntomas de la ansiedad de mayor componente psicosomático y más sensible a la medicación (*Alprazolam*). De hecho, la ansiedad se ha repartido en el DSM-IV-TR en más de una docena trastornos: crisis de angustia (ataque de pánico), agorafobia, trastorno de angustia sin agorafobia, agorafobia sin trastorno de angustia, fobia específica, fobia social (ansiedad social), trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad debido e enfermedad médica, trastorno de ansiedad inducido por sustancias y trastorno de ansiedad no especificado (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002).

La depresión, aunque registrada desde finales del siglo XIX, no ha alcanzado cotas epidémicas hasta finales del siglo XX, a partir de 1987, el año de la promulgación del DSM-III-R y del lanzamiento de la *Fluoxetina*. La explosión de la depresión ha dado lugar también a una variedad de trastornos, siete o más según el recuento sea más o menos exhaustivo. Así, hay: episodio depresivo mayor, episodio maníaco, episodio mixto, episodio hipomaníaco, trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002). Aparte estaría la última gran manía de la invención de trastornos, ya propagada social y clínicamente, como es el éxito internacional del trastorno bipolar, a su vez, I, II, ciclotímico y no especificado (Healy, 2006).

La cuestión es: ¿son todos estos trastornos entidades naturales, ahí dadas en el mundo? ¿Este sistema de clasificación diagnóstico y estadístico describe la realidad o acaso tanto o más la prescribe? ¿Hay que diseñar y validar tratamientos específicos para cada uno de ellos? ¿Por qué los tratamientos, empezando por la medicación para la que algunos trastornos fueron inventados ad hoc, no respetan los diagnósticos?

Esto lleva la noción de invención al “punto crítico” acerca de la naturaleza de los trastornos. Lo anterior no quiere decir que los trastornos no sean hechos *reales*, lo que se plantea es cómo son hechos reales, cómo llegan a ser los fenómenos experienciales, cognitivos y comportamentales que son.

Sentido ontológico de invención

Aquí entra la invención como tesis ontológica, acerca de qué tipo de cosa son los trastornos psicológicos, psiquiátricos o mentales. La tesis es que los trastornos psicológicos, más que supuestas entidades o tipos naturales con que se presentan, son entidades interactivas o tipos prácticos, en función del trato, tratamiento, concepción e interpretación que se tenga de ellos o de los problemas de la vida de que derivan en los contextos clínicos y sociales.

Mientras que las entidades naturales son indiferentes a las interpretaciones que se tengan de ellas, las entidades interactivas son influenciadas por las maneras según se conciben, interpreten y se trate con ellas. Así, por más que se piense del agua que es una bendición y se bendiga, no por eso se convierte en agua bendita. Por más que a un caballo se le llame “burro”, no le afecta como para sentirse y comportarse como un “burro”. Pero si a un niño o a cualquiera se le llama “burro”, puede cambiar su manera de ser y el concepto de sí mismo, por ejemplo, adoptando el papel asignado o reaccionando contra él. Algo parecido si se dice que es inquieto, revoltoso, “hiperactivo”, que tanto como describir su forma de ser la conforma e inculca de alguna manera. Las concepciones culturales y lo que uno piensa acerca del azúcar en sangre, de la insulina y de lo que supone ser “diabético”, no hace a uno diabético, pero las concepciones culturales y lo que uno piensa de la tristeza y miserias de la vida puede convertirlas en “depresión”, que es lo que ha ocurrido en tiempos de la *Fluoxetina*. La timidez concebida como defecto y problema a solucionar en vez de como característica de personalidad se ha convertido en “ansiedad social”, dejando de ser un estilo e incluso una estrategia interactiva para ser todo un problema psicológico tratable con medicación y también con terapia psicológica. La misma psicosis no estaría exenta de estas interacciones debidas a la cultura, las prácticas sociales, las concepciones clínicas, los tratamientos o sistemas de ayuda y, en fin, las propias interpretaciones y formas de vivir las crisis personales y experiencias anómalas, lo que seguramente está en la base del distinto pronóstico de la esquizofrenia según sea un país en desarrollo (con mejor pronóstico) o uno de desarrollo avanzado (con mayor tendencia a la

cronificación o, por así decir, con una esquizofrenia más desarrollada) (González Pardo y Pérez Álvarez, 2008).

La cultura a través de la conducta de los individuos puede modular la propia estructura y funcionamiento neuronal, gracias a la plasticidad cerebral. Así, aun las condiciones neurobiológicas son susceptibles de ser influidas por la cultura y la conducta. Y es que el cerebro, es tanto o más variable dependiente que variable independiente o supuesta causa de los trastornos, como se argumenta en el libro *El mito del cerebro creador. Cuerpo, conducta y cultura* (Pérez Álvarez, 2011 a). Tendríamos que hablar aquí de un posible bucle *neuropsicológico*, donde circunstancias de la vida y comportamientos debidos a ellas pueden modificar el cerebro que a su vez predispone al comportamiento que mantiene tales circunstancias. Pero la cuestión está en que tanto la causa como el remedio son cosa del comportamiento, la única manera de salir del bucle, mejor en todo caso que la sedación farmacológica.

La genética de la que tanto vive la psiquiatría, como si le fuera la vida en ello (en vista de tanto empeño, daría la impresión que la necesita para justificarse ante otras especialidades médicas), tiene que ser revisada a la luz de la epigenética. La epigenética devuelve el protagonismo al ambiente y a la conducta respecto a los procesos y eventos que ocurren en el desarrollo, incluyendo la propia “maquinaria” genética y neuronal, así como la salud y la enfermedad (Zhang y Meaney, 2010). Ya no vale invocar la socorrida vulnerabilidad genética (deducida ex post facto), sino que se ha de confrontar la cuestión de cómo aspectos del ambiente social se traducen en consecuencias psicopatológicas (Toyokawa, Uddin, Koenen y Galea, 2012).

La epigenética jubila el enfoque psiquiátrico lineal gen-trastorno y su *aggiornamento* con fenotipos intermedios gen-fenotipo-trastorno. Pero tampoco se trata, simplemente, de sustituir un modelo lineal por otro, en este caso, ambiente-genotipo-trastorno, conforme al modelo interactivo al uso. Aun siendo el modelo interactivo la alternativa usual al modelo genético lineal, el modelo interactivo, lejos de ser la mejor solución, tiene también sus alternativas, como las teorías del *co-constructivismo biocultural*, de los *sistemas del desarrollo*, de la *evolución y del desarrollo en cuatro dimensiones* (genética, epigenética, conductual y simbólica) y de la construcción del nicho. Todas ellas enfatizan la co-determinación contextual del propio genoma, la consideración del material genético como un recurso más dentro de un sistema, la herencia

de aspectos epigenéticos apprehendidos en el desarrollo y, en fin, el papel de la conducta y del ambiente en el desarrollo y la evolución.

El giro epigenético, concebido de la manera apuntada (co-construcción biocultural, sistemas del desarrollo, etc.), replantea las dicotomías dualistas herencia-medio, genotipo-fenotipo y patogenia-patoplastia, reductos del dualismo cartesiano. En la perspectiva epigenética, el medio y, para el caso, la cultura y la conducta de los sujetos recobran el protagonismo que de hecho tienen en la “naturaleza de las cosas” implicadas en el desarrollo humano, así en la salud como en la enfermedad.

La distinción herencia-medio no se sostiene como entidades separadas que interactuara entre ellas, conocido el moldeamiento del genoma y del cerebro humano por la cultura y su entreveramiento a lo largo de todo el desarrollo (Pérez Álvarez, 2011 a). Cada cosa que se sabe más acerca de la biología molecular muestra que la actividad genética está regulada por el ambiente intracelular. El ambiente intracelular, es a su vez, dependiente de la conformación genética de la célula y del ambiente extracelular como, por ejemplo, hormonas liberadas por órganos endócrinos, citosinas del sistema inmune, neurotransmisores de las neuronas y nutrientes de la alimentación. Las señales del ambiente extracelular, incluyendo hormonas y neurotransmisores, pueden todos ellos servir para regular la expresión genética. El ambiente extracelular es, por supuesto, también influenciado por el ambiente del individuo. La actividad de neurotransmisores y hormonas está profundamente influida, por ejemplo, por interacciones sociales que así pueden conducir a efectos sobre la actividad de los genes o su expresión. En ningún momento de la vida el funcionamiento del genoma es independiente del contexto.

Por lo mismo, la distinción genotipo-fenotipo tampoco se sostiene. Asimismo, tampoco es sostenible la distinción patogenia-patoplastia, por la que se pretendía distinguir entre factores biológicos universales (patogenia) y variaciones culturales y personales (patoplastia). La patoplastia daría el *contenido*, colorido y contorno a las “enfermedades” cuya patogenia y *forma* básica ya estaría establecida biológicamente. En general, esta distinción se utilizó para referir trastornos peculiares a las culturas no-occidentales, sin considerar que la propia cultura occidental tiene también sus peculiaridades y peculiares trastornos, entre ellos probablemente la esquizofrenia (Pérez Álvarez, 2012 a; 2012 b). El caso es que la cultura, incluyendo la occidental, puede ser ella misma patogénica e implicar procesos epigenéticos y neuronales asociados (Toyakawa et al, 2012).

Sabido estas dos cosas:

- a) que los trastornos son entidades interactivas en vez de entidades naturales y
- b) que hasta el mismo cerebro y genoma son más variables dependientes que independientes,

¿Qué hacer?

¿Qué hacer si los trastornos son interactivos y el cerebro y el genoma son plásticos?

La cuestión no está, seguramente, en conformarse con ir validando tratamientos psicológicos al hilo de la invención de trastornos por parte de la industria farmacéutica o de las instancias que tengan poder para hacerlo. Mientras siga siendo así, será todavía necesario responder y seguir ofreciendo tratamientos competentes y competitivos con respecto a la medicación. Pero lo que cabe esperar de los tratamientos psicológicos es más que medirse con la medicación. El camino recorrido por el movimiento de los tratamientos eficaces ha sido y es tener que medirse con la medicación, porque si no sería como estar fuera del mapa. Pero, como se dice en el último capítulo de la *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III* (Pérez Álvarez et al, 2003), la tarea futura de los tratamientos psicológicos no debería consistir en una mimetización del modelo médico.

El inexcusable y encomiable camino recorrido por el movimiento de los tratamientos empíricamente apoyados puede, con todo, acarrear dos consecuencias problemáticas, quizá inevitables para llegar aquí pero criticables como destino de la psicología clínica, a saber: una es la adopción del modelo médico de terapia psicológica y otra la medición de la eficacia más por la reducción de síntomas en analogía con la medicación (ansiolítica, anti-depresiva, anti-psicótica) que por logros positivos y fortalecimiento de la persona, etc.

El modelo médico de la terapia psicológica se reconoce o reconocería si se quiere ver así, sobre todo, en la terapia cognitivo-conductual, prototípicamente el modelo cognitivo de Beck. Si se consideran estos cuatro aspectos: la explicación, el mecanismo patógeno, las técnicas y el criterio de eficacia, se vería que la terapia cognitiva se corresponde punto por punto con el modelo médico, para el caso el modelo psiquiátrico psicofarmacológico. Allí donde el modelo psicofarmacológico habla de estructuras cerebrales, el cognitivo habla de estructuras cognitivas, allí donde el modelo psicofarmacológico habla de “averías internas”, típicamente

“desequilibrios neuroquímicos” y “circuitos defectuosos”, el cognitivo habla de “esquemas depresógenos”, “esquemas del pánico”, etc., allí donde el modelo psicofarmacológico habla de medicación supuestamente específica (ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos), el cognitivo habla de técnicas igualmente específicas (reestructuración cognitiva para esto y lo otro) y, en fin, allí donde el modelo psicofarmacológico habla de eficacia, consistente en reducción de síntomas, el cognitivo habla también de eficacia consistente en reducción de síntomas en una serie de escalas (Beck, Hamilton, etc.), a menudo las mismas de la medicación por mor de la comparación. Supuesto que la adopción del modelo médico como identificación de las terapias psicológicas no sea la aspiración última ni tampoco inevitable, ¿qué hacer?

¿Qué hacer frente a la mimetización del modelo médico? Frente al modelo médico se propondrían dos cosas:

- a) una crítica de la medicalización de los problemas de la vida y de la propia psicología tocante al modelo médico de terapia psicológica y
- b) una alternativa funcional-contextual.

Crítica a la medicalización y superación del pensamiento en mecanismos

La crítica de la medicalización tiene hoy dos frentes principales: la invención de trastornos debida a la industria farmacéutica y el cerebrocentrismo que nos invade.

La invención de los trastornos debida a la industria farmacéutica fue abordada en el citado libro *La invención de los trastornos mentales* (González Pardo y Pérez Álvarez, 2008). En esa crítica, parece que nos quedamos cortos, en vista de la polémica encendida en el New York Times (2). En este libro, no sólo se muestra con ejemplos concretos, referidos al trastorno de estrés postraumático, el trastorno de pánico, la ansiedad social y la depresión, cómo éstos y otros han sido *inventados*, es decir, *hechos reales*, sino que se explica cómo es ello posible, por mor de su condición de entidades interactivas o prácticas, en vez de naturales. Se muestran asimismo las razones por las que existen distintas terapias psicológicas, lo que no se habría de ver como inmadurez científica sino en relación precisamente de la naturaleza interactiva, práctica, de los trastornos psicológicos. Tampoco quiere decir que se bendiga a todas las terapias por igual.

Por su parte, el cerebrocentrismo que nos invade está confrontado en *El mito del cerebro creador* (Pérez Álvarez, 2011 a), antes citado, así como en un artículo titulado “El magnetismo

de las neuroimágenes: moda, mito e ideología del cerebro” (Pérez Álvarez, 2011 b). Se muestran dos cosas. Por un lado se muestra que el objeto de la psicología, incluyendo las terapias psicológicas, no es el cerebro, sino la psique, la mente o la conducta (experiencias, cogniciones, acciones, reacciones, interacciones modos de ser, contextos, etc.). Por otro lado se muestra también que el mismo cerebro, gracias a su plasticidad, puede ser tanto más variable dependiente que independiente o causal. El genio y poder del cerebro no está en causar y crear sino en mediar y habilitar lo que la gente necesita hacer para vivir de acuerdo con las exigencias, disponibilidades y constricciones del medio.

Cabe decir, reutilizando una expresión de Ortega, que *el tema de nuestro tiempo en psicología* es confrontar el cerebrocentrismo, el cual en virtud no más que del magnetismo que parecen tener las explicaciones neurocientíficas y las propias neuroimágenes, está marginando las explicaciones y soluciones psicológicas. El problema para el movimiento de los tratamientos psicológicos eficaces no está en debatirse con y contra otros tratamientos psicológicos que no están empíricamente homologados. De hecho, terapias psicológicas tradicionalmente renuentes a la evaluación de la eficacia con métodos por así decir homologados están ahora mostrando una eficacia comparable a la terapia cognitivo-conductual, tomada como referente, por ser la más estudiada. Así, por ejemplo, la psicoterapia psicodinámica presenta una eficacia enteramente comparable a las terapias que han sido activamente promovidas como terapias “empíricamente apoyadas”, según muestra un estudio publicado en *American Psychologist* (Shedler, 2010). Véanse también Gerber et al (2011). Asimismo, la terapia sistémica presenta una eficacia comparable a la terapia cognitiva en una variedad de diagnósticos, entre ellos, trastornos del humor, alimentarios, del uso de sustancias, esquizofrenia y ansiedad, como muestra un estudio de meta-análisis publicado en *Familij Process* (von Sydow et al, 2010).

En este sentido, hay que reconocer que el movimiento de los tratamientos eficaces ha hecho que otras terapias se pongan las pilas, y más que debieran hacerlo. Lo que se tiene ahora son pilas de terapias psicológicas eficaces. Lo que falta es su disseminación e implantación. La cuestión, en general, no es si las terapias psicológicas son eficaces. Todas aquéllas que se esmeran en mostrar su eficacia, lo logran, lo que se explica por la naturaleza interactiva de los trastornos psicológicos y por el hecho de que las distintas terapias tienen su razón de ser, así como factores comunes terapéuticos (véase González Pardo y Pérez Álvarez, 2008, tercera parte).

Otra cuestión, ciertamente importante, es determinar por qué son eficaces. A este respecto, no se espera que los psicólogos se pongan de acuerdo en los *mecanismos* del cambio. Los primeros en colonizar el campo de los tratamientos eficaces, mayormente los terapeutas cognitivo-conductuales, tenderían a decir que esas “nuevas terapias” que acaban de emigrar a la eficacia homologada (psicoterapia psicodinámica y terapia sistémica, por lo demás antiguas enemigas entre sí) vienen a hacer lo que hacen ellos. Pero, véase, por ejemplo, lo que dice el autor de la revisión de las psicoterapias psicodinámicas: que las psicoterapias no-psicodinámicas pueden ser efectivas en parte porque terapeutas más habilidosos utilizan técnicas que por largo tiempo han sido centrales a la teoría y la práctica psicodinámica (Shedler, 2010).

La eficacia de las terapias cognitivo-conductuales está *bien establecida*, más que probablemente, pero no se sabe en rigor por qué funcionan, como tampoco se sabe de otras terapias ni, por cierto, de la medicación. La medicación es efectiva, en la medida en que lo es, pero todavía no se sabe por qué: cuáles son sus mecanismos psicofarmacológicos y su conversión en efectos psicológicos, etc. (González Pardo y Pérez Álvarez, 2008, 2ª parte). No se piense que son únicamente los psicólogos quienes no saben a ciencia cierta por qué funcionan sus terapias. Dentro de esto, la psicología se preocupa por saberlo e investigarlo, de acuerdo a su tradición científica y a los generalmente saludables debates entre escuelas (aunque esto quizá más en el pasado, debido a la indiferencia e ignorancia mutua rampante hoy día). De hecho, puede ser desconcertante para los creyentes y practicantes de unas terapias saber que las otras terapias son también eficaces. Difícilmente un psicoanalista puede concebir que a los clientes/pacientes, valga por caso, de las terapias cognitivo-conductuales les vaya bien, como el terapeuta cognitivo-conductual, por su parte, no concibe que los psicoanalistas puedan ser eficaces como ellos. Ninguno de ellos probablemente recomendaría a un familiar querido que fuera a la otra terapia. Aun dentro de la familia cognitivo-conductual, los terapeutas cognitivos de toda la vida no se pueden creer que la activación conductual “por sí misma”, al prescindir de la reestructuración cognitiva, sea igual y probablemente más eficaz que la propia terapia cognitivo-conductual, con todo su aparato cognitivo. Por su parte, los terapeutas conductuales convictos y confesos dirían que la terapia cognitivo-conductual es eficaz por lo que tiene precisamente de conductual.

Si se preguntara a los clientes/pacientes del psicoanálisis, de la terapia cognitivo-conductual, de la terapia conductual y de las demás terapias, dirían probablemente que les fue bien por causas, razones, motivos o intervenciones distintas de las que suponen los clínicos. Aun sin ser lo que

digán los clientes/pacientes la explicación última de por qué mejoraron o les fue bien, no es trivial ni indiferente, dada la naturaleza interactiva de los problemas psicológicos. Desde el punto de vista de los clínicos, los clientes/pacientes no deberían mejorar con las otras terapias, ni por eso que dicen ellos que fue decisivo en su mejoría. Se puede recordar aquí el caso del abejorro. De acuerdo con las leyes de la aerodinámica, dada la proporción entre su cuerpo y las alas, etc., no deberían volar, pero el abejorro no lo sabe y vuela sin problemas, es más, perfectamente. Quizá haya que preguntar más a los clientes y pensar menos en leyes y *mecanismos internos*. Quizá la cuestión de por qué funcionan las terapias no sea cosa de *técnicas específicas* dirigidas a presuntos mecanismos internos, al modo médico, sino cosa de principios generales que las distintas terapias aplican en el contexto de la terapia, a cuenta de su teoría y procedimiento. Esto no quiere decir ni mucho menos que dé lo mismo cualquier teoría y procedimiento. De hecho, unas terapias psicológicas pueden ser mejores que otras y algunas hasta iatrogénicas, si se repara. Tampoco quiere decir que los *principios* terapéuticos (en vez de mecanismos específicos) no se deban y puedan especificar. Pero ello supone seguramente pensar sobre esto más a lo grande que en pequeño, en la pequeña escala en la que uno está puesto.

Consiguientemente, el tema de nuestro tiempo, particularmente en relación con los tratamientos psicológicos, no es, no debería ser, debatirse entre las escuelas psicológicas, sin menoscabo del debate, sino diseminar su eficacia y hacerse valer en un mundo dominado por la neurociencia y el cerebrocentrismo, sin descuidar obviamente la dilucidación de los principios que funcionan en la ayuda y el cambio que, como quiera que sea, las terapias psicológicas proporcionan.

Alternativa funcional-contextual

Por lo que respecta a la alternativa funcional-contextual, la mayor referencia está probablemente en las llamadas terapias de tercera generación, por respecto a la segunda que sería la terapia cognitivo-conductual, siendo la primera la terapia de conducta clásica. Las terapias de tercera generación constituyen una pléyade de ellas:

Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes).

Psicoterapia Analítica Funcional (Kohlenberg y Tsai).

Terapia de Conducta Dialéctica (Linehan).

Terapia Conductual Integrada de Pareja (Jacobson).

Terapia cognitiva con base en mindfulness (Kabat-Zinn; Segal; Teasdale).

Terapia de Activación Conductual (Jacobson).

Las terapias de tercera generación se ofrecen como modelo contextual de psicoterapia (Pérez Álvarez, 2006; 2008 c). De hecho, su identificación como terapia contextual es más descriptiva y propia, que la descaradamente comercial y de marketing de terapias de tercera generación. Asimismo, la identificación *contextual* permite su medición y comparación con las otras terapias psicológicas, mientras que decir terapias de tercera generación o de nueva ola no deja de ser un eslogan.

Por lo demás, estas terapias no incurren en el modelo médico y su mimetización. Antes bien, son críticas y alternativas de él. Por lo pronto, estas terapias no suponen una explicación intrapsíquica al modo médico-internista, sino una interactiva, funcional y contextual. Tampoco suponen un mecanismo patógeno interno, sino una condición humana posible, donde los trastornos son más *situaciones* en las que uno está, en buena medida debido a la propia conducta, que supuestas averías o disfunciones dentro de uno (esquemas, ideas irracionales, traumas, etc.). Los tratamientos en vez de postular técnicas específicas al modo psicofarmacológico (que por lo demás tampoco cuenta con medicaciones específicas), propone principios terapéuticos generales, concretados en alguna forma de *aceptación y de activación*. Finalmente, las terapias contextuales no se miden tanto por la reducción de síntomas como por logros positivos consistentes, por ejemplo, en ampliar la capacidad de la persona para afrontar vicisitudes de la vida y moverse sobre un horizonte de valores, reponiéndose ante la vida o reorientando su sentido, es decir, su significado y dirección. Así, pues, la eficacia no consistiría tanto en suprimir síntomas, sean por caso, ansiedad, tristeza, pensamientos, voces, como en cambiar la relación con ellos y reponer a la persona ante los asuntos de la vida, *a pesar de* los síntomas, si fuera el caso.

De todos modos, importa explicar el sentido general y a la vez preciso de su definición como contextuales. El contexto aplicado a estas terapias tiene tres aspectos o dimensiones, en todo caso integradas: el ambiente, la relación terapéutica y la persona.

El contexto como ambiente se refiere al medio en el que se desenvuelve la vida de la persona de que se trate. El ambiente de interés es el medio social y cultural, incluyendo obviamente los

distintos ámbitos de la vida cotidiana (familia, relaciones sociales, formación, trabajo, etcétera) con sus normas y valores. En esta línea, el contexto es prácticamente equivalente al mundo de la vida de la fenomenología o a las circunstancias según Ortega. De las terapias citadas, la terapia conductual integrada de pareja y la terapia de activación conductual son las que más “explotan” esta dimensión: la primera como terapia de un problema interpersonal y la segunda como terapia consistente en activar a la persona a fin de modificar las condiciones ambientales que puedan cambiar su situación, por ejemplo, depresiva (Barraca, 2009; Pérez Álvarez, 2007).

El contexto de la relación terapéutica se refiere al contexto dado por la psicoterapia, como lugar y ocasión en el que tener experiencias que pudieran ser correctoras y así re-aprender nuevas formas de entender y tratar los problemas presentados. La consideración de la terapia como contexto experiencial y de aprendizaje está en consonancia con psicoterapias tanto de inspiración psicoanalítica (en particular, psicoterapias breves) como de inspiración analítica conductual como la psicoterapia analítica funcional. No se dejaría de referir aquí que el enfoque y marco conceptual de la terapia viene a ser también un contexto en el que se explica, replantea e interpreta el problema. Tal es la importancia de este contexto que no sólo sirve para llevar a cabo la terapia sino que a veces él mismo es terapéutico (en la medida en que el problema cobra otro sentido y perspectiva). De las terapias citadas, la psicoterapia analítica funcional y la terapia de conducta dialéctica son las que más ‘explotan’ esta dimensión. Ambas ponen en juego la relación terapéutica como ella misma una relación terapéutica (Kohlenberg y Tsai, 2008).

El contexto relativo a la persona se refiere a la propia persona como sujeto social-verbal, que incorpora todo un pasado y se caracteriza por un modo de ser. Ni que decir tiene que la persona está en relación dialéctica con el mundo, en el sentido orteguiano de ‘yo soy yo y mis circunstancias’. Una especificación del contexto dado por la persona es el contexto social-verbal de la terapia de aceptación y compromiso. El contexto social-verbal especifica las explicaciones, valoraciones y formas de control que uno ha aprendido acerca de sus sentimientos, pensamientos y demás eventos psicológicos. Se trata en general de las ideas, creencias y conocimientos (metacogniciones) que uno tiene sobre su propio funcionamiento, incluyendo los síntomas clínicos. El contexto social-verbal representa la cultura psicológica que uno tiene apre(he)ndida de acuerdo precisamente con el contexto social, lingüístico y cultural en el que ha socializado. De las terapias citadas, la terapia de aceptación y compromiso, la terapia cognitiva con base en mindfulness y la terapia cognitiva con base en la persona para las psicosis son las que más ‘explotan’ esta dimensión. A su manera, cada una de ellas trata de cambiar la

relación que la persona mantiene con sus propios síntomas (experiencias, sentimientos, pensamientos, obsesiones, voces, etcétera) (Wilson y Luciano, 2002).

Ni que decir tiene que los tres contextos (ambiente, relación terapéutica, persona) no sólo no se excluyen sino que se suponen mutuamente. El que unas terapias ‘exploten’ más un contexto que otro, no quiere decir que no estén suponiendo y considerando los otros. Así, la relación terapéutica es fundamental para cualquier terapia que se precie, incluyendo éstas que enfatizan la dimensión ambiental como, por ejemplo, la activación conductual: sin una buena relación terapéutica sería difícil activar a alguien que está muy deprimido. Por su parte, el cambio ambiental se espera que ocurra a partir de las nuevas experiencias, acciones y reacciones que se hayan aprendido en una relación terapéutica como la proporcionada por la psicoterapia analítica funcional o la terapia de conducta dialéctica. Asimismo, el posible cambio en la relación de uno con sus propios síntomas, depende de una buena relación terapéutica —como la requerida para que el cliente haga algo que va probablemente en contra de su sentido común, como es aceptar los síntomas en vez de eliminarlos— y depende también de que su entorno (por ejemplo, familiares y otros clínicos) acepte sus síntomas sin las estigmatizaciones acostumbradas. A su vez, las terapias que enfatizan la relación terapéutica y el cambio ambiental cuentan también con que el cliente cambie su propia relación con los síntomas.

Tampoco haría falta decir que estas terapias tienen una base empírica, como corresponde a su tradición dentro de la terapia de conducta, que muestra su eficacia, tanto en sus propios términos relativos a la aceptación y a la activación como en estudios comparativos de acuerdo con los criterios atendidos a la reducción de síntomas. Así, por ejemplo, la terapia de aceptación y compromiso cuenta con abundante eficacia de diverso tipo (Ruiz, 2010) y, por su parte, la terapia cognitiva con base en mindfulness ha mostrado ser tan efectiva como los antidepresivos en prevenir la recaída de la depresión (Segal et al, 2010). La cuestión con la eficacia de estas terapias es que ellas mismas son críticas con respecto a los criterios tradicionales centrados en la reducción de síntomas, así como de los métodos consistentes en ensayos aleatorizados.

En relación con los principios terapéuticos generales, como alternativa a los mecanismos específicos, en la perspectiva funcional-contextual se concretarían en dos: el des-enredamiento auto-reflexivo y la reorientación a la vida, en la línea de la aceptación y la activación, pero dándolos unos términos más amplios (Pérez Álvarez, 2008 a). La idea es desactivar el proceso auto-reflexivo que caracteriza en buena medida a prácticamente todos los problemas

psicológicos (Pérez Álvarez, 2008 b; 2012 b) y reactivar a la persona sobre un horizonte de posibilidades de manera que recobre el sentido de la vida, es decir, su dirección y significado. Se entiende que éste es un proceso dialéctico, en el que la des-activación o desenredamiento facilita la reactivación o implicación en la vida y ésta facilita a su vez el desenredo auto-reflexivo. Un eslogan de esta idea podría ser “descentrase de sí mismo y centrarse en la vida”, supuesto que hay un punto en el que estar demasiado pendiente de sí mismo es más el camino de un problema que la vía de una solución. Un supuesto adicional es que el escenario donde se desenvuelve la vida es el mundo dentro del que estás y no el mundo dentro de ti. Si yo soy yo y mis circunstancias, para salvarme a mí, continúa Ortega, tengo que salvar las circunstancias. No hay yo sin circunstancias, esto es, sin estancias circundantes y sin eventuales problemas (contingencia y drama). Contingencia y drama (Pérez Álvarez, 2004) son dos buenos términos para dar cuenta de las vicisitudes de la vida.

Otro aspecto destacable es que estas terapias tratan de hacer más fuertes a las personas, frente a la cultura del sentimentalismo y de la vulnerabilidad y, todo hay que decirlo, frente a movimientos promovidos dentro de la psicología como el de la autoestima y el de la psicología positiva. Estas invenciones de la psicología no dejan de ser interesadas y iatrogénicas en alguna medida. Así, la autoestima puede fácilmente promover más que nada el narcisismo y por su parte la psicología positiva una suerte de magia simpática. La autoestima infla el ego a menudo con autofraseos tan halagadores como vacíos. Mejor que la autoestima sería rehabilitar el orgullo y el amor propio (al fin y al cabo el único amor duradero), que asumen la responsabilidad y consecuencias de las propias acciones e inacciones. La psicología positiva aparte de dejar la mitad de la vida fuera supone que con “pensar en positivo” ya ocurren cosas y se atrae el mundo cual catálogo de objetos del deseo. La psicología positiva al tomar como objetivo la felicidad, como si hubiera una ciencia de la felicidad, ciertamente un eslogan engañoso, crea probablemente más problemas que resuelve, como mínimo el problema ahora de perseguir la felicidad, en vez de vivir. La felicidad desesperadamente es una fuente segura de infelicidad, añadida a las desdichas ordinarias.

En esta línea, se alcanzaría a percibir un cierto efecto insano en la definición de la salud promovida urbi et orbi por la OMS como *un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*. Una definición así garantiza el estatus clínico de todo el mundo alguna vez en la vida y para el caso asegura el cuidado de la salud como

negocio. Quizá una definición sobre mínimos que permitan vivir dedicándose a los asuntos valiosos, en vez de máximos, sería más saludable.

De la práctica basada en la evidencia a la evidencia basada en la práctica

Como se ha visto, las terapias psicológicas de la esquizofrenia tienen su base en la persona, en la relación interpersonal, en la creación de contextos comunitarios, en el entendimiento de las experiencias psicóticas en el contexto biográfico y en devolver a la persona al horizonte de la vida, sabido que no hay “jardines de rosas”.

El mayor problema para la debida aplicación de terapias psicológicas en la esquizofrenia está en la falta de preparación de los profesionales de la salud (McGorry, 2002/2009). Como consecuencia del modelo bio-médico imperante en psiquiatría, los clínicos, empezando por los propios psiquiatras, no saben más que el DSM (Andreasen, 2007) y no atienden a más ley, seguramente por comodidad y prebendas, que la “práctica basada en la evidencia”, más que nada, práctica basada en el marketing farmacéutico, ignorando la *evidencia basada en la práctica*, para el caso, la práctica de la terapia psicológica. Como han argumentado Vallina Fernández, Lemos Giráldez y Fernández Iglesias (2010), las limitaciones del paradigma de la práctica basada en la evidencia plantean la necesidad de complementarla con la evidencia basada en la práctica que, por lo que aquí respecta, tiene que ver con el papel central de la persona y la relación terapéutica en el proceso del tratamiento. Un eslogan para esta práctica sería más química interpersonal, menos neuroquímica.

La terapia psicológica de la esquizofrenia no es un problema científico ni de evidencia, sino institucional y educativo. Científicamente, la terapia psicológica o psicoterapia de la esquizofrenia está fundada en la concepción de la esquizofrenia como un trastorno del yo, del sujeto o de la persona (antes que del cerebro) y, por su parte, la evidencia está en la propia práctica de la psicoterapia, no anecdótica, sino sistemática. Así, se ha visto, que sin medicación pero en su lugar con psicoterapia, a los pacientes no les va peor, sino en general mejor. Ello sin la proscripción dogmática de la medicación, a diferencia de la actitud dogmática de su prescripción compulsiva. (Pérez Álvarez y García Montes, 2012). Esta consideración implica revisar la sacralizada práctica basada en la evidencia, en favor, como se decía, de la evidencia basada en la práctica. El problema institucional y educativo se refiere sobre todo a la formación de los clínicos: los psiquiatras al modo médico internista y los psicólogos clínicos al modo

psiquiatra. Ambos, psiquiatras y psicólogos, están desaprovechados respecto de lo que podrían hacer, de acuerdo a la tradición y conocimientos de sus disciplinas.

Se ha preguntado qué pasaría si no se da medicación y, naturalmente, en vez de dejar a la gente sin ninguna atención, se proporciona terapia psicológica. En todo caso, sin desdeñar la medicación, pero tampoco sin empezar por ella necesariamente o de forma compulsiva, como se viene diciendo. Se han encontrado dos hallazgos (Pérez Álvarez y García Montes, 2012):

a) sin medicación, la esquizofrenia incipiente no parece abocada a un deterioro progresivo inevitable, como si los síntomas fueran tóxicos, y

b) con terapia psicológica, la esquizofrenia parece tener mejor pronóstico: los pacientes recuperan el sentido del yo y de la vida, “sin jardines de rosas”.

Notas al pie

(1) Este texto es una versión ampliada del capítulo “La invención de los trastornos psicológicos y sus implicaciones para la validación de tratamientos.” En F. Labrador (ed.), Psicología clínica basada en la evidencia. Madrid: Pirámide, 2012.

(2) Ver en los siguientes enlaces la mencionada polémica: [The Epidemic of Mental Illness: Why? by Marcia Angell | The New ...](#); [The Illusions of Psychiatry by Marcia Angell | The New York Review ...](#); [The Illusions of Psychiatry': An Exchange by John Oldham, Daniel ...](#); [US to Force Drug Firms to Report Money Paid to Doctors | Truthout](#).

Referencias

Andreasen, N. C. (2007). DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 108-112.

Asociación Americana de Psiquiatría (2002). DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.

Barraca, J. (2009). La Activación Conductual (AC) y la Terapia de Activación Conductual para la Depresión (TACD). Dos protocolos de tratamiento desde el modelo de la activación conductual. *EduPsykhé*, 8, 23-50.

Gerber, A. J. et al (2011). A Quality-Based Review of Randomized Controlled Trials of Psychodynamic Psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 168, 19-28.

González Pardo, H. y Pérez Álvarez, M. (2008). La invención de los trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente? Alianza Editorial.

Healy, D. (2006) The Latest Mania: Selling Bipolar Disorder. *PLoS Med* 3(4): e185. doi:10.1371/journal.pmed.0030185.

Kohlenberg, R. J. y Tsai, M, (2008). FAP. Psicoterapia Analítica Funcional. Creación de relaciones terapéuticas intensas y curativas. Universidad de Málaga. Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico.

Lane, C. (2010). La timidez. Cómo la psiquiatría y la industria farmacéutica han convertido emociones cotidianas en enfermedades. Granada: Zimmerman Ediciones.

McGorry, P. (2002/2009). Psicoterapia y recuperación en la psicosis temprana: un reto esencial en la clínica y la investigación. En B. V. Martindale, A. Bateman, M. Crowe y F. Margison, eds., *Las psicosis. Los tratamientos psicológicos y su eficacia* (pp. 465—505). Barcelona: Herder.

Pérez Álvarez, M. et al (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces (3 vol.). Pirámide Ediciones.

Pérez Álvarez, M. (2004). Contingencia y drama. La psicología según el conductismo. Madrid: Minerva.

Pérez Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *eduPsykhé*, 5, 159-172.

Pérez Álvarez, M. (2007). La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles del Psicólogo*, 28, 2, 97-110.

Pérez Álvarez, M. (2008 a). Desenredamiento auto-reflexivo y activación conductual: claves para la terapia. *Prolepsis*, nº 0, 17-23.

Pérez Álvarez, M. (2008 b). Hyperreflexivity as condition in mental disorders: a clinical and historical perspective. *Psicothema*, 20, 181-187.

Pérez Álvarez, M. (2008 c). Las terapias de tercera generación como modelo contextual de psicoterapia. FOCAD: Formación Continuada a Distancia (Documento 2). Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.

Pérez Álvarez, M. (2011 a). El mito del cerebro creador. *Cuerpo, conducta y cultura*. Alianza Editorial.

Pérez Álvarez, M. (2011 b). El magnetismo de las neuroimágenes: moda mito e ideología del cerebro. *Papeles del Psicólogo*, 32, 98-112.

Pérez Álvarez, M. (2012 a). Esquizofrenia y cultura moderna: razones de la locura. *Psicothema*, 24, 1-9.

Pérez Álvarez, M. (2012 b). Las raíces de la psicopatología moderna. La melancolía y la esquizofrenia. Madrid: Pirámide.

Pérez Álvarez, M. y García Montes, J. M. (2007). The Charcot Effect: The invention of mental disorders. *Journal of Constructivist Psychology*, 20, 4, 309-336.

Pérez Álvarez, M. y García Montes, J. M. (2012). From neurochemistry to interpersonal chemistry: towards a psychotherapy of schizophrenia. En A. J. Lancaster and O. Sharpe, eds., *Psychotherapy: New Research*. Nueva York: Nova Science Publishers.

Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Empirical Evidence: Correlational, Experimental Psychopathology, Component and Outcome Studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 125-162.

Segal, Z. V. et al (2010). Antidepressant Monotherapy vs Sequential Pharmacotherapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy, or Placebo, for Relapse Prophylaxis in Recurrent Depression. *Archives of General Psychiatry*, 67, 1256-1264.

Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65, 98-109.

Toyokawa, S., Uddin, M., Koenen, K. C. y Galea, S. (2012). How does the social environment 'get into the mind'? Epigenetics at the intersection of social and psychiatric epidemiology. *Social Science & Medicine*, 74, 67-74.

Vallina Fernández, O., Lemos Giráldez, S. y Fernández Iglesias, M.P. (2010). Gestión y práctica clínica en rehabilitación de la esquizofrenia basada en la evidencia. En A. Pastor, A. Blanco y D. Navarro (Eds.), *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave* (pp. 567-600). Madrid: Síntesis.

Von Sydow, K. et al (2010). The Efficacy of Systemic Therapy With Adult Patients: A Meta-Content Analysis of 38 Randomized Controlled Trials. *Family Process*, 49, 457-485.

Watzke, B. et al (2010). Effectiveness of systematic treatment selection for psychodynamic and cognitive-behavioural therapy: randomised controlled trial in routine mental healthcare. *British Journal of Psychiatry*, 197, 96-105.

Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

Zhang, T. Y. y Meaney, M. J. (2010). Epigenetics and the environmental regulation of the genome and its function. *Annual Review of Psychology*, 61, 439-466.