



**Universidad Nacional Autónoma de México**

---

**Facultad de Estudios Superiores Iztacala**

**“La co-construcción social de las enfermedades mentales”**

**T E S I S**  
**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE**  
**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**  
**P R E S E N T A**

**Juan Arturo García Alvarado**

**Directora: Dra. Patricia Trujano Ruíz**

**Dictaminadores: Mtra. Patricia Suárez Castillo**

**Mtro. Gilberto Gerardo Williams Hernández**



**Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2015**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

## **A mis padres.**

Gracias a su amor, apoyo incondicional y esfuerzos, esta tesis fue posible y en ella quedaron plasmados los frutos, de los cuales me siento orgulloso, por lo que les dedico el presente escrito con amor y cariño “los amo”.

## **A mis hermanos.**

Quienes han estado conmigo apoyándome y haciéndome reír en cada etapa de mi vida, soy afortunado por tenerlos y les doy gracias por todo “los amo”.

## **A mis seres queridos.**

Dedicado a: Xacter, Cinco, Gary, Jaquelin, Kika, Claudia y Flora que gracias a sus cualidades, mi vida se llena de tonalidades, mismas que me sostienen y motivan a creer en la belleza de mis sueños, gracias por dejarme entrar en sus vidas, esta tesis es con amor para ustedes.

### **A mi asesora Patricia Trujano.**

Muchas gracias por ayudarme a hacer posible mi meta, aprecio mucho la paciencia que me tuviste, tú dedicación y sobre todo tu sabiduría, que fue además la que me brindo las herramientas necesarias para darle un giro interpretativo a mi vida, la cual pasó de lo ordinario a lo extraordinario.

### **A profesores.**

Dedicado a: Patricia Suárez, Gerardo Williams, Joaquín Pérez, Esteban Cortés, Gilberto Limón, Pablo Morales, Ángel Corchado y Edgardo Ruíz. Que gracias a sus enseñanzas y humildad dentro y fuera del aula, pude construir gran parte de lo que soy. Esta tesis es para ustedes como una muestra de agradecimiento.

### **A la UNAM.**

Gracias por darme la oportunidad de forjarme como profesional dentro la máxima casa de estudios. Dedicado con amor y orgullo.

# ÍNDICE

	Pág.
<b>Resumen.....</b>	<b>4</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>5</b>
<b>1. Sobre la Postmodernidad y el Construccinismo Social.....</b>	<b>7</b>
<b>2. Análisis del contexto social contemporáneo “occidental” y su relación con algunas “enfermedades mentales” .....</b>	<b>17</b>
<b>3. Abusos de la industria farmacéutica en la construcción social de las “enfermedades mentales” .....</b>	<b>33</b>
<b>4. El papel de la psicología clínica en el contexto social contemporáneo.....</b>	<b>51</b>
<b>4.1. Una mirada a las prácticas de patologización en psicoterapia.....</b>	<b>52</b>
<b>5. Terapias narrativas y postmodernas, un lenguaje despatologizador, liberador y repleto de posibilidades.....</b>	<b>64</b>
<b>6. La terapia centrada en soluciones. Una mirada constructiva como alternativa a la patologización.....</b>	<b>80</b>
<b>7. Reflexiones finales y propuestas a futuro.....</b>	<b>100</b>
<b>8. Bibliografía.....</b>	<b>103</b>

## RESUMEN

En nuestra sociedad occidental actual las prácticas de patologización tradicionalmente han caracterizado a la psicoterapia, llegando al extremo con cada nueva versión del *Diagnostic and Statistical Manual (DSM)*, el cual abre aún más las posibilidades de lo considerado patológico. Dada esta inflación diagnóstica y medicación abusiva, el objetivo principal de esta tesis fue revisar, organizar, analizar y discutir la información relacionada al tema de las llamadas “enfermedades mentales”. Para ello, se llevó a cabo una recopilación bibliográfica y hemerográfica de información pertinente, con la intención de identificar si ciertamente y en todos los casos, en el quehacer terapéutico nos encontramos con “enfermos mentales” o, por el contrario, nos topamos como psicólogos con personas frente a “dificultades” de la vida. Después de analizar la información recabada pude observar que las “enfermedades mentales” son construcciones sociales, influenciadas principalmente por una industria farmacéutica, la cual comete abusos lucrativos a través de la construcción desorbitada de nuevos títulos patológicos, respaldados por un cuestionable DSM-V, que es promovido por la psiquiatría y la psicología tradicional, las cuales basan sus estrategias de intervención en esquemas de pensamiento heredados de un estricto modelo médico positivista. Por tal razón, presenté como alternativa terapéutica a dichas prácticas de patologización, las terapias narrativas o postmodernas, basadas en los presupuestos teóricos socioconstruccionistas, y en especial la Terapia Centrada en Soluciones, la cual representa un enfoque eficaz y muy promisorio, con una nueva cosmovisión que se dirige a las soluciones, en donde es posible alejarse de las llamadas “enfermedades mentales”.

Palabras clave: Enfermedad Mental, Construccionismo Social, Terapia Centrada en Soluciones.

# INTRODUCCIÓN

Actualmente en la sociedad occidental, las prácticas de patologización, se han convertido en parte cotidiana del quehacer terapéutico tradicional. Ya que el modelo médico ha servido como marco de referencia de esta, contribuyendo así a patologizar los problemas humanos, y por consiguiente, posiblemente a medicar a la gente ante cualquier infortunio de su vida, llegando al grado de “atrapar a las personas en dinámicas de temor, preocupación, sintomatologías, y constante cuestionamiento acerca de su ‘normalidad’ o ‘anormalidad’, restringiendo sus posibilidades de actuación y mermando su despliegue de potenciales y alternativas” (Trujano & Limón, 2010, p.10).

Así, la presencia de la “enfermedad mental” se ha convertido en una problemática social común. Por tanto, es un tema de relevancia para el quehacer terapéutico de los psicólogos, y que vale la pena abordar. Es por ello, que la presente tesis alcanza relevancia dentro del quehacer terapéutico de los psicólogos, pues permite conocer y discutir la información relacionada al tema de las “enfermedades mentales”.

Para ello, comenzamos en el primer capítulo con el abordaje de las contribuciones del postmodernismo y el construccionismo social en torno a la forma de concebir la “realidad”, ya que este fue el marco teórico en el que se basó la presente tesis. Y nos facilitó las herramientas necesarias para analizar el proceso de construcción social de las llamadas “enfermedades mentales”, su impacto en la psicología clínica, y sus alternativas desde esta perspectiva.

En el segundo capítulo, con el fin de conocer y analizar el proceso de construcción social de las llamadas “enfermedades mentales”, se efectuó un análisis del contexto social contemporáneo “occidental”, explorando la influencia de algunas instituciones como legitimadoras del discurso patologizador y las relaciones dominantes, y así abordar con mayor claridad los anclajes culturales y lingüísticos de los sistemas de significados construidos socialmente en torno a las llamadas “enfermedades mentales”.

Para profundizar más sobre el presente tema, en el capítulo tres se revisó el papel que juega la industria farmacéutica en relación a la construcción de las “enfermedades mentales”. Así como sus nexos económicos con los laboratorios y con un cuestionable DSM-V. Poniendo así a discusión los argumentos en los que se basan y utilizan como mercantilización de la psiquiatría y la psicología clínica.

En el capítulo 4, aterrizamos lo anterior analizando el impacto de estas ideas sobre las formas tradicionales de la psicoterapia, mostrando la patologización de algunas formas del quehacer terapéutico, a partir de ciertas prácticas clínicas, las cuales basan sus estrategias de intervención en sistemas de inteligibilidad heredados de un modelo médico.

En el quinto capítulo, mostramos alternativas a la patologización, desde las propuestas del construccionismo social a través de las terapias narrativas y postmodernas. Propuestas con un lenguaje despatologizador, liberador y repleto de posibilidades, una manera diferente de ver las dificultades de la vida. Que en contraste con la propuesta tradicional, no ve “enfermos mentales” sólo consultantes que en su inmensa mayoría sólo están “atrapados” en historias inhabitables, paralizantes o estigmatizadas, que dificultan el ejercicio de su abanico de posibilidades.

Para así finalmente, en el último capítulo revisar los presupuestos y características que distinguen a la creativa mirada de O’ Hanlon y Weiner-Davis (1989), llamada Terapia Centrada en Soluciones. Una alternativa a la patologización, funcional y efectiva, que aborda los “problemas de la vida” desde otra filosofía. Una filosofía centrada en soluciones y proyectos más prometedores a partir de explorar recursos, fuerzas, cualidades y posibilidades, más que déficits, limitaciones o “enfermedades mentales”.

# 1. SOBRE LA POSTMODERNIDAD Y EL CONSTRUCCIONISMO SOCIAL

No vivimos en el equilibrio bucólico de la sabiduría expansiva, sino en el desequilibrio caníbal y reduccionista de la anormalidad globalizada, de las demencias imperiales, de la uniformización de una ignorancia prepotente. Como en tantas otras épocas de la historia humana, a los espíritus sensibles sólo les queda una opción: resistir, explorar, inventar (Grinberg, 2002, p. 8).

En un mundo más tolerante y menos belicoso, el construccionismo social no requeriría explicaciones. Cabe señalar que las presentes líneas no se postulan para afirmar la “verdad de la realidad”, ya que como menciona Limón (1997), hablar de realidad es como hablar de arte, en él se plasman ideas, emociones, relaciones, preocupaciones, técnicas, deseos, convenciones, y un sinnúmero de manifestaciones relacionadas con una persona, con un momento histórico, con un país, con un matiz cultural, con una corriente de pensamiento o con una combinación de estas. Es así que puedo decir que en el arte y en la vida no hay una verdad, ni una, realidad absoluta, sólo puntos de vista o perspectivas y ninguna vale más que otra, sólo son diferentes. Lo que en un momento histórico de una sociedad fue considerado como verdadero en otro momento fue falso, o como señala Trujano (2002), cada sociedad atraviesa por una peculiar manera de concebir “la realidad”, “de ahí que la concepción de verdad no ha sido otra cosa que una creencia compartida que se ha venido modificando a lo largo de la historia, tanto así que la verdad ha pasado de la preponderancia de lo divino a la razón del hombre” (p.1).

La manera de concebir al hombre en occidente ha ido cambiando, ha pasado por diferentes momentos históricos como el renacimiento, la ilustración, el romanticismo la modernidad y actualmente la llamada postmodernidad.

De acuerdo a Fernández (2003), se le ha llamado Postmodernidad a un movimiento en la cultura, las artes y las ciencias surgido a mediados del siglo XX, es una nueva forma de teorizar el momento histórico contemporáneo, en el cual se

abandona la lógica universal, y la racionalidad no solo puede ser lógica, sino también dialéctica y retórica. El postmodernismo promueve una conciencia de la multiplicidad de perspectivas, socava cualquier intento de establecer lo que es correcto, cuestiona las supuestas verdades universales, las creencias absolutas, y los discursos cerrados y excluyentes. Esta nueva época relativiza nuestros pensamientos, asume que no hay una realidad única y universal, sino muchas formas de entender las conductas, las interacciones y los eventos; y el lenguaje sirve como vehículo primario para la transmisión de los significados y comprensiones, el postmodernismo a su vez abre las puertas a la expresión plena de todos los discursos, y a su juego libre. En el no se habla de una realidad sino de realidades, de mundos posibles, de diferentes versiones acerca de la realidad, de una multiplicidad de perspectivas y del derecho a la pluralidad.

El movimiento postmoderno lleva consigo a la hermenéutica, la cual según Gadamer (citado en Rodes, 2012), asume que el conocimiento de la realidad es posible sólo a partir del horizonte histórico de conocimientos y experiencias desde el que se parte, es decir, el conocimiento siempre está impregnado de la subjetividad de quien conoce y definido por las prácticas interpretativas. Por lo tanto, las interpretaciones que se hacen de la vida psíquica responden a las preconcepciones que se comparten acerca de la naturaleza humana y no a los hechos como realidades externas, es por ello que las palabras no son espejos que reflejan la realidad, sino expresiones de alguna convención colectiva cultural, históricamente situada y mediada a través del lenguaje. Dicho en otras palabras “Cada saber descansa sobre presupuestos hermenéuticos y sobre preinterpretaciones inherentes al lenguaje, es decir, que toda interpretación es relativa a sus condiciones sociohistóricas de producción y a los anclajes culturales y lingüísticos del sistema de significados que lo articulan” (Trujano & Limón, 2010, p. 3). Cada interpretación, dice Gergen (2007), estará condicionada por nuestra posición dentro de una tradición histórica y cultural, por ello cada convención social es muy particular y adquiere su sistema de significados sólo en el contexto de las relaciones en las que participan los sujetos, y en cierta medida está dominada por intereses ideológicos, y su contenido influenciado por el discurso

dominante en boga; por lo cual no puede reflejar la realidad, ya que no hay descripción objetiva.

No son los procesos internos de los individuos los que generan lo que se acepta como conocimiento, sino un proceso social de comunicación. Es en el seno de un proceso de intercambios sociales donde se engendra la realidad. La verdad es el producto de la colectividad de los hacedores de verdades (Gergen, 1982, citado en Ibáñez, 1990, p. 230).

La postmodernidad brinda las ideas implícitamente para formular una metateoría alternativa válida frente al modelo empirista de la ciencia, exige que no se acepte la evidencia con que se imponen a nosotros las categorías naturales y que se investigue el grado en que los mencionados referentes pueden no ser sino meras construcciones culturales y socialmente situadas, o meros productos de las convenciones lingüísticas, a esta nueva metateoría se le conoce como construccionismo social (Ibáñez, 1990).

De ahí que el construccionismo social es una tendencia que pone énfasis en las relaciones sociales, en el papel que juega el lenguaje en la construcción social de la realidad y más aún en los sistemas de significados implícitos en el discurso con el que nos comunicamos. Limón (2012a), define al construccionismo social como una orientación que proporciona una forma diferente de entender la realidad y abordar las vicisitudes del contexto social contemporáneo, un movimiento que ha logrado robustecerse como una valiosa alternativa conceptual y propositiva en diferentes escenarios profesionales.

Al construccionismo social le interesa cómo se generan los conceptos y su utilización, a través de las convenciones lingüísticas, construcciones sociales o culturales, por lo que enfatiza la relevancia del contexto cultural e histórico para los marcos de referencia interpretativos a través de los cuales las personas otorgan significado (Ibáñez, 1990). El construccionismo social, a su vez sugiere que consideremos observar el modo como hemos ordenado el mundo en el lenguaje, y el modo como el lenguaje ha ordenado nuestro mundo.

Anderson (1997), sostiene que desde el construccionismo esta realidad es construida lingüísticamente, conversacionalmente, y es a través de este lenguaje

que la realidad se produce reproduce o cambia, el lenguaje es el vehículo principal a través del cual construimos y le damos sentido a nuestro mundo y el significado de las palabras se deriva de su posición en los juegos del lenguaje, es decir, el significado de una palabra depende, en última instancia, de la forma en que es usada en un contexto específico, y cuando uno sabe cómo usar una palabra entonces uno conoce su significado. Cada contexto a través de acuerdos colectivos co-crea sus reglas, gramáticas y lógicas de interacciones sociales, las cuales sirven de coordenadas para orientarse en su realidad. Es así que la realidad que percibimos y los significados que creamos acerca del mundo son el resultado de interacciones sociales, hablamos con otras personas y vivimos en un contexto cultural que nos transmite significados. Gianfranco Cecchin (citado en Trujano & Limón, 2010), señala que “las relaciones humanas aparecen vinculadas a los relatos producidos socialmente” (p.4). Cada relato producido socialmente proporciona las objetivaciones indispensables y dispone el orden dentro del cual éstas adquieren sentido y dentro del cual la vida cotidiana tiene significado.

Para Ibáñez (1990), “la realidad’ no es otra cosa que convenciones culturales históricamente situadas, destacando, también, que éstas han estado mediadas esencialmente a través del lenguaje, y en donde el significado que traen consigo las palabras se deriva de su posición en las secuencias de las acciones. Así, todo entendimiento de la realidad se construye, negocia y renegocia en el lenguaje, como un juego discursivo. O como menciona Wittgenstein (citado en Martínez, 1998), no puede haber una relación directa entre una palabra y un objeto, las palabras no tienen referentes directos, ya que los significados de las palabras se encuentran determinados por los diferentes contextos en que son usadas, es decir, las relaciones sociales, la cultura y el contexto histórico son los que otorgan un sentido específico al lenguaje el cual surge como una creación humana colectiva temporal y específica.

Es por ello que cada sociedad encarna en el lenguaje un particular universo simbólico mediante objetivaciones sociales, y a través del relato se impone un sistema de comprensión, una forma a la “realidad”, y dependiendo de

los ideales y valores de los que esté impregnado pueden transmitirse diferentes significados en los discursos. Unos pueden ser dogmáticos y enajenantes que reifiquen al ser humano, es decir, que le impongan una realidad absoluta y cerrada, que a su vez le inhiba la capacidad para darse cuenta de que el mundo social, aun objetivado, es co-creado por los seres humanos, y que por consiguiente pueden de-construirlo. O en contraste discursos repletos de posibilidades más plurales y abiertos que brinden conciencia para hacer reflexión, elección y acción para transformar la realidad. Una conciencia que haga que “el pez descubra el agua”.

Desde el punto de vista de Gergen (1996), la realidad es, a fin de cuentas, un conjunto de significados conversacionales que son socialmente compartidos. Aquello que tomamos por “realidad” es el mero producto de negociaciones sociales. Es así que la verdad parece ser una cuestión de perspectivas, y éstas, productos de intercambios y consensos sociales, es decir, construidas en los sistemas de comunicación social.

El conocimiento del mundo, al ser producto del intercambio social, es sólo una interpretación de la realidad, por lo cual no se puede hablar de una verdad absoluta, sólo de verdades relativas a cada contexto. De ahí que consideramos que las diferentes maneras de ‘ser’ o de ‘estar en el mundo’ están estrechamente relacionadas con las particularidades históricas que nos configuraron como personas y, por tanto, que no son formas de ser únicas, ni universales, ni definitivas, ni “buenas o malas por naturaleza” (Limón, 2005a).

De las diferentes formas de concebir la realidad y de interpretar al mundo, las que logren predominar en ciertos sectores o ciertas épocas, dependerán de su magnitud ideológica, política o económica. Y aquéllas que no lo tengan, tendrán poca o ninguna importancia en esa época, o quizá la tengan tiempo después como ha ocurrido con algunas teorías y teóricos.

Berger y Luckmann (1968), mencionan que la realidad social de la vida cotidiana es aprendida en un continuum de tipificaciones que se vuelven progresivamente anónimas en la medida que se alejan del aquí y ahora de la situación “cara a cara”. A su vez con la rutina, la persona mantiene su realidad porque los demás le ayudan a mantenerla en funcionamiento; por medio del diálogo, esta se va co-creando. El lenguaje no sólo permite describir realidades, también las crea, genera ser. Por medio del lenguaje se construyen conocimientos socialmente elaborados ya que se crea y desarrolla en un ambiente social y junto con las palabras van inmersos los significados; también el lenguaje funciona como un sistema identitario, ya que ayuda a construir conocimientos que la sociedad comparte, además de valorizar y categorizar dichos conocimientos según los valores tácitamente vigentes en las sociedades.

Los autores comentan que el lenguaje, al ser también un producto social, es el medio que permite la trasmisión del conocimiento y por el que se hace posible la interpretación de la realidad. Así el lenguaje permite que se expresen los significados que son necesarios para interpretar y comprender el mundo. A su vez el lenguaje sirve para expresar la realidad, y como se mencionó, este lenguaje está de alguna manera condicionado, por decirlo así, al tipo de sociedad, al lugar, y a la época en que se produce este lenguaje. El lenguaje además es capaz de trascender por completo la realidad de la vida cotidiana, puede referirse a experiencias que corresponden a zonas limitadas de significado, y abarcar zonas aisladas de la realidad.

El lenguaje al ser la morada del ser, objetiviza el mundo, genera, da orden y sentido a nuestra vida, opera como una forma de participación social, además el lenguaje es una forma de acción mediante la cual construimos el mundo. Asimismo el lenguaje tiene la facultad de coordinar las acciones y emociones de las personas que están involucradas en diversas actividades dentro de un contexto histórico y social, ya que las palabras, antes que otra cosa, son “ayudas ilocutivas” para la interacción social (Berger & Luckmann, 1968). Es por ello que el

lenguaje también tipifica experiencias, permitiendo incluirlas en categorías amplias en cuyos términos adquieren significado para mí y para mis semejantes, el lenguaje tiene una expansividad tan flexible como para permitir objetivar una gran variedad de experiencias, es así que nuestras construcciones del mundo están limitadas por nuestro lenguaje.

En este sentido, el ser humano tiene la capacidad de crear mundos simbólicos, y su construcción de sentido es una experiencia a la vez individual y colectiva, es resultado de la dialéctica entre el productor y sus productos, el lenguaje marca las coordenadas de la vida en la sociedad y llena la vida de objetos significativos, fuentes simbólicas de las cuales depende y necesita para orientarse en su mundo cotidiano, además de una multiplicidad de referentes sociales para situarse en la vida (Mélích,1996).

A su vez, el humano es un animal inserto en tramas de significación y la cultura es la urdimbre, el conjunto de enlaces que constituyen el horizonte de significados en el que nos movemos y existimos. He inevitablemente todos los hechos en que el hombre está implicado son sociales, ya que como afirma Follari (1982), “cuando se está sólo también se está implicado socialmente; en el lenguaje con que se piensa, en la ideología, en las consecuencias sociales de los propios actos, en la vestimenta que usamos y la arquitectura que nos rodea, en el “sentido” socialmente asignado a todo ello etc.” (p.34).

Por lo cual, es innegable la inherencia del ser humano a la cultura, la cual no es estática sino dinámica, cada realidad social es intrínsecamente histórica, es decir, que resulta en buena medida de las peculiaridades culturales, de las tradiciones, del “modo de vida” que una sociedad ha ido construyendo a lo largo de su desarrollo. A través del lenguaje se marcan en ella las coordenadas, y la comunicación instituye la realidad social, le da forma, le otorga sentidos compartidos a nivel de los objetos [dimensión referencial], a nivel de las relaciones entre los hablantes [dimensión interreferencial] y a nivel de la construcción del propio sujeto en tanto individuo social [dimensión autorreferencial] (Vizer, 2003).

Es así, comenta el autor, que el individuo es producto de la fabricación social, de la imposición del lenguaje, reglas, valores, objetos, realidad, de la imaginación radical como esencia psíquica. Lo psíquico y lo social son dos campos indisolubles, ya que se necesita de referentes sociales para irnos moldeando, a mi parecer no hay sujeto sin objeto y no hay objeto sin sujeto, porque el sujeto es quien da cuenta del objeto, la realidad no habla por sí sola, nosotros hablamos por ella y le damos sentido, la realidad no existe por sí misma, sino que la construimos al percibirla, nombrarla o definirla, basándonos en el repertorio de significados que hemos aprendido, los cuales son nuestros marcos de referencia, y el límite de cada universo simbólico está limitado por su lenguaje. El lenguaje mental no es algo privado, que reside en el cerebro de las personas, sino que continuamente se construye, de-construye y reconstruye en la práctica social.

La posición de Foucault (citado en Fernández, 2003), considera que las dimensiones sociales son responsables de los distintos tipos de habla, que atrapan a los individuos en sus condicionantes y efectos interactivos: unos lenguajes son más eficaces que otros para ciertos objetivos sociales y los individuos los utilizan sin ser habitualmente conscientes de ello. Una vez que han interiorizado un aprendizaje, los sujetos operan dentro de los límites de la episteme, de las formaciones discursivas, del régimen de la verdad de un determinado periodo o cultura. El sujeto es producido en el seno del discurso, este sujeto del discurso no puede darse fuera de él porque está sujetado por el discurso, el sujeto queda sujetado, se encuentra inmerso en las reglas y las disposiciones del poder, del conocimiento.

De cierta manera tenemos significaciones centrales que instituyen al mundo, hacen que tenga lógica. Castoriadis (1975), afirma que cada sociedad define su propio universo discursivo, el cual establece a cada momento lo que es y no es. Ser es significar y todo tiene significado en la sociedad “hasta lo insignificante”; el no ser es para ser negado. Es así que las significaciones sociales que constituyen la identidad colectiva son “significados aceptados e

incuestionables” por una sociedad, más aún, son la “matriz”. En este sentido se co-crean referentes sociales los cuales estandarizan la vida.

Se puede decir que la realidad es creada por la misma sociedad a lo largo de la historia. El conocimiento e interpretación de la realidad es el resultado de un intercambio comunitario; las diferentes formas de concebir la realidad y de interpretar al mundo dependerán en gran medida de la carga histórica del momento. No existe una realidad allá afuera que está esperando ser descubierta por alguien, sino que más bien es producto de un proceso de interpretación y de intercambio social. Esta interpretación por consiguiente no es absoluta ni definitiva, sino que está sujeta al modo de pensar de una determinada sociedad, en un determinado lugar y en un determinado tiempo. Esto significa que lo que se llama “verdad” no es el producto de un solo individuo, sino el resultado del intercambio que se da dentro de las sociedades. Lo que se acepta como “verdad”, es creado por la misma sociedad y no es algo que ya sea absoluto. Esto explica el porqué de la diversidad de formas de pensamientos y diferentes formas de la concebir al mundo a través de la historia del ser humano. Aunque esta diferencia no solamente es generacional, en una misma generación pueden tener formas diferentes de interpretación de la realidad. Es por ello que no todas las sociedades, ni en todos los lugares, y ni en todos los tiempos han sido las mismas formas de percibir el mundo.

De acuerdo a Gergen (1996), los términos y las formas por medio de las que conseguimos la comprensión del mundo y de nosotros mismos son artefactos sociales, productos de intercambio situados histórica y culturalmente que se dan entre personas. Es así que la creación de un “yo”, es un arte narrativo y sigue los dictados de la memoria tanto del interior como del exterior.

Como se ha visto, cada individuo y cada colectivo social construye sus particulares sistemas de significados en el discurso para dar comprensión, interpretación y sentido a la vida cotidiana. Ninguno de estos puede ser privilegiado ni portador de la “verdad”, sólo diferente, ya que cada uno de estos

sistemas de inteligibilidad es producto de una construcción social impregnada por tradiciones retóricas e intereses ideológicos. Es por ello que no podemos hablar de “la realidad”, sino de diferentes versiones de la realidad, es decir, realidades relativas a cada cultura situada en un momento y contexto histórico determinado. Por lo cual en el siguiente capítulo se analizarán los anclajes culturales y lingüísticos de los sistemas de significados dominantes en relación con la manera en que se establecen los criterios de salud y enfermedad mental en el contexto social contemporáneo occidental, presentando la influencia de algunas instituciones como legitimadoras del discurso patologizador y las relaciones dominantes, y así poder abordar con mayor claridad los significados construidos socialmente en torno a las llamadas “enfermedades mentales”.

## **2. ANÁLISIS DEL CONTEXTO SOCIAL CONTEMPORÁNEO “OCCIDENTAL” Y SU RELACIÓN CON ALGUNAS “ENFERMEDADES MENTALES”**

Vivimos en un mundo compuesto por diferentes formas de pensar y sentir, ser y actuar, soñar e imaginar. Existe toda una gama vasta y compleja de formas de vivir. Actualmente el mundo está fragmentado en dos grandes civilizaciones, la occidental y oriental, en cada una de ellas florecen peculiaridades que las distinguen, patrones cimentados que establecen sus relaciones y significados.

La cultura es inherente al estilo de vida que cada persona adopta, lo que en una sociedad puede ser pecado, enfermedad o delito, en otra no, ya que cada sociedad a través de acuerdos colectivos establece sus criterios de normatividad. Los comportamientos, sentimientos y pensamientos que se alejan de estos cánones suelen ser considerados como enfermos e inadaptados. Es así que toda “enfermedad mental” es relativa a sus condiciones sociohistóricas de producción y a los anclajes culturales y lingüísticos del sistema de significados que la articulan.

El poder social colectivamente determina los criterios de enfermedad y salud, y también cómo estas son diagnosticadas y cómo deben ser tratadas. En occidente tradicionalmente parece atractivo el diagnóstico desde el modelo biomédico, ya que generalmente predomina la tradición considerada científica, o no se conocen otras aproximaciones para abordar las dificultades. Capra (1992), menciona que el modelo biomédico ha adquirido así la categoría de dogma, y para el gran público va inextricablemente ligado al sistema de creencias culturales comunes. La filosofía cartesiana de la certeza científica absoluta es aún muy popular y se refleja en el cientifismo que caracteriza a nuestra civilización occidental. La civilización occidental contemporánea se ha consolidado con base en la aplicación de un marco epistemológico positivista. La idea central de esta filosofía positivista es que fuera de nosotros existe una realidad totalmente hecha, acabada y plenamente externa y objetiva, ser objetivos es copiar bien esta realidad sin deformarla. Para verificar el nivel de verdad de sus proposiciones,

esta orientación se sirve de la teoría verificacionista del significado (positivismo lógico), cuya tesis básica es que una proposición es significativa sí y sólo sí puede ser verificada empíricamente, es decir, sí y sólo sí hay un método empírico para decidir si es verdadero o falso, la única y verdadera relación sería la de causa y efecto: si no existe dicho método, es una pseudoproposición carente de significado (Martínez, 1999).

Es así que la civilización occidental se ha caracterizado en su mayoría por seguir una tradición positivista, esta ha tenido gran influencia en todas nuestras ciencias y en la mentalidad general de los occidentales. El método del pensamiento cartesiano y su visión de la naturaleza han influido en todas las ramas de la ciencia moderna, su método mecanicista cartesiano ha quedado tan arraigado en la cultura que a menudo se lo ha identificado con el método científico, y las opiniones, conceptos e ideas que no concuerdan con la estructura de la ciencia clásica no se toman en serio y generalmente se desprecian, o incluso se ridiculizan (Capra, 1992).

Este paradigma tradicional ha servido de modelo para instaurar un nuevo orden, un estilo de vida en particular, en el cual se aplican sus metodologías en la mayoría de las diferentes disciplinas e instituciones tanto particulares como públicas. Algunas de ellas son las de salud, jurídicas, económicas, políticas, educativas, industriales, etcétera.

Dentro del “sector salud”, la metodología tradicionalista se ha caracterizado por las prácticas de patologización, medicalización e incluso psicologización. Las ramas encargadas del estudio de la salud mental son la psicología clínica y la psiquiatría, las cuales en su mayoría brindan un servicio basado en discursos y metodologías tradicionalistas positivistas, es decir, fundamentadas usualmente bajo presupuestos “científicos universales”, los cuales a través del *Diagnostic and Statistical Manual DSM-V* de la Asociación Americana de Psiquiatría; y la *Clasificación Internacional de Enfermedades* en su décima revisión *CIE-10*, codifican, diagnostican y clasifican los signos y síntomas de

conductas socialmente “diferentes” en trastornos mentales, para luego ser intervenidas.

El término para definir las formas de ser socialmente “diferentes” se ha venido de-construyendo a través de acuerdos colectivos en diferentes momentos históricos sociales. Últimamente muchos autores consideran mejor referirse a la “enfermedad mental” como “trastorno mental” o “psicopatología”, ya que el término puede asociarse a la “estigmatización social”. La definición operacional del “trastorno mental” ha sido muy ambigua e imprecisa, muchos lo definen como un desequilibrio, alteración, patrón, disfunción, desorden, discapacidad, síndrome, enfermedad, o patología.

Es por ello que actualmente la definición del DSM-V es la utilizada de manera preponderante como referente para conocer este territorio. El DSM-V define un trastorno mental como un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes.

Esta actual definición sirve de referente para rotular los más de 300 trastornos que en su mayoría, desde nuestro marco teórico, son meras co-construcciones sociales. Conforme han pasado los años se han ido sumando nuevos, así que la lista continúa en ascenso.

Remontándonos a sus orígenes, observamos que el DSM I apareció como publicación en el año 1952 como una variante de la sexta edición del CIE, contaba con 130 páginas, y contenía 106 categorías diagnósticas. En 1968 apareció el DSM-II, agregando solo 4 páginas pero prodigiosamente conteniendo 76 diagnósticos más, siendo pertinente del mismo modo mencionar el hecho de que la homosexualidad como categoría diagnóstica desapareciese del DSM-II ante la presión de colectivos homosexuales y no producto de la investigación científica.

Acontecimiento que también hizo evidente que el diagnóstico psiquiátrico podía verse afectado por influencias de la sociedad y no necesariamente por problemas orgánicos, cerebrales, internos, etcétera. Ambos manuales reflejaban el señorío absoluto del psicoanálisis sobre la psiquiatría norteamericana. Posteriormente, bajo un espíritu notablemente descriptivo, dado un cambio paradigmático, el DSM-III se publicó en 1980, con 494 páginas y amontonando entre sus hojas una lista de 256 categorías diagnósticas. Siete años después, se publicó la versión revisada del DSM-III. Muchas categorías se reorganizaron, otras fueron rebautizadas, y se implementaron cambios significativos en la mayoría de los criterios. Seis categorías se suprimieron mientras que nuevas se añadirían. El DSM-III-R después contaría con una plétora de 292 diagnósticos y 567 páginas, equivalente a menos de 1 hoja por trastorno. En 1994 se publica el DSM-IV, con 297 diagnósticos en 886 páginas. Y Actualmente, el DSM-V es la edición vigente que clasifica la mayor cantidad de los trastornos mentales, ampliando todavía más la patologización de los problemas de la vida.

A continuación se presenta un cuadro con los cambios que ha tenido el DSM desde su creación hasta nuestros días.

Edición del DSM	Año	Páginas	Número de trastornos
DSM I	1952	130	106
DSM II	1968	134	182
DSM III	1980	494	256
DSM IV	1994	886	297
DSM V	2014	1100	Más de 300

Tabla 1. Evolución a través de los años del DSM.

Es evidente que se ha ido co-creando una creciente gama de “trastornos mentales”, pues cada vez van apareciendo más y más “patologías”. Desde la primera edición de 1952 del Manual Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales DSM-I de la Asociación Americana de Psiquiatría, a la del año 2000 DSM-IV-TR, las categorías diagnosticadas han crecido más del 200% pasando de

poco más de 100 en 1952 a casi 400 en el año 2000 (González & Pérez, 2007). Es así que el DSM se ha encargado de poner nombres diagnósticos a determinadas experiencias vitales y a determinados comportamientos, y hacer ver que se están “descubriendo” nuevas entidades patológicas. Como ejemplo, están los trastornos de travestismo, de déficit sentimental, del interés sexual femenino, acumulativo, de excreción, de déficit de atención con o sin hiperactividad, de la identidad sexual, depresivo, de deseo sexual hipoactivo en el varón, premenstrual, de la personalidad narcisista, bipolar, de dismorfia corporal, adaptativo o burnout, agorafobia, del quemado o Mobbing, el síndrome de las piernas inquietas, del emigrante con estrés crónico y múltiple, disforia de género, el de juego patológico, etcétera.

A mi parecer, continuando con la visión socioconstruccionista esta inmensa mayoría de estos nuevos “trastornos mentales”, son sólo construcciones culturalmente diseñadas y aceptadas. Por ejemplo tenemos el síndrome de las piernas inquietas 333.94 (G25.81) del DSM-V, el cual es definido como la necesidad urgente de mover las piernas, y algunos de sus criterios para diagnosticarlos son que la necesidad urgente de mover las piernas se produzca al menos tres veces por semana y haya estado presente durante un mínimo de tres meses. Es así que si en algún momento de la vida por ciertas condiciones y ritmos, se movieran los pies al menos 3 veces a la semana, ya sea por estar incómodo con la postura, se durmiera el pie, se fuera muy activo, se estuviera mucho tiempo sentado, se tuvieran calambres o se padeciera artritis, se cumplirían los criterios de este síndrome, y posiblemente se necesitaría la medicación. No sería de extrañar que en unos años se creara un síndrome por morder el lápiz.

Dese este punto de vista, el DSM-V, al requerir umbrales de diagnóstico menos exigentes para muchos “trastornos mentales”, parece estar trayendo consigo la psicopatologización de algunas situaciones o problemas de la vida cotidiana, la generación de pacientes falsos positivos, la estigmatización del paciente asociada a los diagnósticos y al uso generalizado e indiscriminado de la prescripción farmacológica. Muchas personas con vicisitudes en cada etapa de su

vida pueden quedar atrapadas en la red de este manual diagnóstico. Parece quedar en el olvido la idea de que existen muchos modos y maneras de ser. Pues pienso que la tolerancia hacia comportamientos diferentes y hacia la diversidad cultural es importante, así como lo es tener en cuenta que las dificultades son inherentes a la vida. Ningún comportamiento, sentimiento o actividad cognitiva puede calificarse de patológico sin examinar su posible utilidad adaptativa y estratégica y las condiciones contextuales en las que aparece.

Continuando con los ejemplos, actualmente, el Trastorno por Déficit de Atención-Hiperactividad (TDA-H) es otro en boga que se diagnostica si un niño llega a mostrar la triada: inatención, hiperactividad e impulsividad. En esta nueva categoría son relativamente nuevos los criterios de “enfermedad” para etiquetar más que nada a niños que anteriormente eran considerados como traviosos, muy energéticos, tal vez con problemas conductuales, emocionales, familiares, morales, o con falta de interés en ciertas actividades. Y por ser “diferentes” a la norma en un momento de su vida pueden llegar a ser medicados, generándoles posiblemente reacciones secundarias a consecuencia del fármaco y estigmatización social, es decir, la geografía.

Un ejemplo más, especificado en el propio DSM-IV-TR, es que una Fobia a las serpientes es sólo un trastorno en un país en donde haya serpientes, o si la persona está en contacto con estas, pero si el paciente vive en un país en el cual no existen estos reptiles y no estará en contacto con ellos, no hay trastorno, ya que no limita su vida. Luego entonces, se deduce que el "lugar donde vives" viene a ser el criterio que determinará si existe un trastorno o no.

En otros casos, el DSM recurre únicamente al criterio “tiempo” para distinguir un trastorno de otro. Como ejemplo, en el Trastorno por Estrés Postraumático (TEP) y el Trastorno por Estrés Agudo (TEA), si los síntomas están presentes durante menos de un mes será Estrés Agudo, más de un mes Post-traumático. Por ello discuto la veracidad del manual ya que claramente las etiologías nosológicas en su mayoría son construidas a partir de criterios colectivos más que a certezas.

Otro síndrome que parece extralimitado es el de “Ulises”, también conocido como Síndrome del Emigrante con Estrés Crónico y Múltiple. Según el psiquiatra Achotegui (2008), director del Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados (SAPPIR) y profesor titular de la Universidad de Barcelona, España, los estresores más importantes son la separación forzada de los seres queridos que supone una ruptura del instinto del apego, el sentimiento de desesperanza por el fracaso del proyecto migratorio, y la ausencia de oportunidades, la lucha por la supervivencia, dónde alimentarse, dónde encontrar un techo para dormir, y en cuarto lugar el miedo, el terror que viven en los viajes migratorios en pateras, (lanchas), ir escondidos en camiones, las amenazas de las mafias ó de la detención y expulsión, la indefensión por carecer de derechos y otros. Indiscutiblemente esta “nueva patología” no es descubierta como el autor asevera haberlo hecho, más bien es constructo de su interpretación orientada a una problemática social contemporánea en su contexto sociocultural. Esto representa otro ejemplo más de cómo las vicisitudes de la vida son “enfermadas” o patologizadas.

Otro caso lo tenemos en los “Trastornos Adaptativos”, los cuales desde mi posición no tienen justificación para ser considerados como “patológicos”, ya que lógicamente todo cambio importante en la vida de un individuo requiere de un proceso de adaptación a las nuevas circunstancias y, a veces, esos procesos de adaptación cursan con cierta inestabilidad emocional o con problemas conductuales, pero no constituyen un trastorno propiamente dicho, ya que no todos los periodos difíciles de la vida son enfermedades, y no todo sufrimiento es enfermedad. Algo similar podría decirse de las “nuevas patologías”, en especial las llamadas “nuevas adicciones”, relacionadas con el uso compulsivo del internet, el teléfono celular, el consumo de bienes, etcétera. No concuerdo con que el término “nuevas patologías” sea adecuado, considero que se trata más bien de nuevos contextos, los cuales son capaces de incidir en las personas de diferentes maneras, entre ellas, negativamente. A mi parecer, no se puede considerar que esa sea una condición propiamente patológica que necesite de alguna prescripción de fármacos.

En relación a esto, Rodríguez (1997), nos menciona que los “enfermos mentales” son sujetos históricos, y por lo mismo, debemos reconocer la historicidad de las “enfermedades mentales”, es decir, que no son siempre las mismas, que no son invariables y que no son eternas en sus manifestaciones, sino que son cambiantes, diferentes, y en ocasiones nuevas.

Es por ello que a otros trastornos sólo se les ha de-construido su etiqueta, como el concepto de “histeria” que íntimamente estuvo ligado al nacimiento y al discurrir psicoanalítico y ahora ha sido conceptualmente desterrado. Ahora se habla de la Fibromialgia, ese síndrome de dolor crónico de origen desconocido. Otro ejemplo es el de los llamados Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD), que han desaparecido y ahora en el DSM-V se les designa como Trastornos del Espectro Autista (TEA).

En este sentido, el término "trastorno, síndrome, o enfermedad mental" se acepta como categoría descriptiva de un cuadro clínico o agregado de conductas, pero no se entiende al trastorno como causa de los síntomas, sino como la descripción misma de dichos síntomas, es decir, a modo de ejemplo, una persona está depresiva porque está triste (descripción), pero no está triste porque está depresiva (explicación). Una explicación donde "está triste porque está deprimido" y "está deprimido porque está triste", es un razonamiento denominado tautología lógica.

Por lo cual, es notable que la inmensa mayoría de los actualmente llamados “trastornos mentales” no se descubren, sino que se construyen, y en gran medida las prácticas patologizadoras del modelo tradicional han influido en su propagación y normalización, al grado que actualmente, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los trastornos mentales y los trastornos ligados al consumo de sustancias son la principal causa de discapacidad en el mundo (2013), ya que 450 millones de personas sufren de un “trastorno mental” o de la conducta (2004).

Estas cifras recolectadas por la OMS a través de diagnósticos basados en criterios científicos, muestran la actual tradición nosológica. La que desde mi particular punto de vista considero que ha sido sobrevalorada, debido a que muchos criterios clínicos de diagnóstico tan sólo son creados por acuerdos colectivos de asociaciones o sociedades, las cuales han tenido la hegemonía de establecer qué es lo “sano” y que es lo “enfermo”. De aquí mi personal consideración que coincide con el planteamiento de (Szasz, 1961), la cual sostiene que la inmensa mayoría de los trastornos mentales son pautas de desviación de las normas sociales o reglas de conducta, dilemas éticos y morales de orden social y personal, vicisitudes del vivir en una sociedad tan compleja como la nuestra, y no propiamente trastornos o enfermedades mentales. Una enfermedad implica un daño temporal o permanente en el sistema nervioso central, infecciones, e intoxicaciones de etología física u orgánica. Y una “enfermedad mental” no puede ser enfermedad en el sentido estricto del término, ya que en todo caso la investigación no ha demostrado conclusivamente que existan disfunciones orgánicas en todos los casos de “enfermedades mentales”. Es en este sentido que considero que la enfermedad mental en su mayoría representa un “mito” socialmente construido.

Szasz (1961), menciona que en la mayoría de las así llamadas “enfermedades mentales” no hay una lesión neurológica o un trastorno químico, no hay un gen de la locura. Es por ello que la ausencia de correlato biológico en ciertas manifestaciones psicopatológicas indica la falsedad explicativa del paradigma clásico para definir y entender el problema de la psicopatología de forma plausible. Dentro del modelo clásico, las deficiencias orgánicas se pensaron como condiciones suficientes para explicar el desarrollo de ciertas patologías.

Dado que en ciertos cuadros no existen fallas orgánicas asociadas, esto refuerza la tesis de que la inmensa mayoría de los trastornos mentales son el resultado de un proceso rotulador colaborativo o de co-construcción social, por eso la ciencia positivista no ha encontrado una etiología exacta y a veces hace correlaciones supersticiosas sobre las posibles causas.

La mente no es un órgano anatómico como el corazón o el hígado; por lo tanto, no puede haber, literalmente hablando, enfermedad mental. Cuando hablamos de enfermedad mental estamos hablando en sentido figurado, como cuando alguien declara que la economía del país está enferma. Los diagnósticos psiquiátricos son etiquetas estigmatizadoras aplicadas a personas cuyas conductas molestan u ofenden a la sociedad (Szasz, 1961, citado en Vásquez, 2011, p. 328).

Junto a los trabajos de Thomas Szasz, otros autores como Cooper (1967), y Laing (1960), establecieron las bases teóricas del movimiento antipsiquiátrico, que critica al modelo tradicional psicopatológico. Ellos proponen la premisa de que la enfermedad mental tiene una génesis fundamentalmente social. Es decir, que en la mayoría de los casos sólo son desviaciones de las normas psicosociales, éticas y legales; conductas que podemos llamar “no-normales” o “extrañas”. Y que las instituciones socialmente encargadas de atender este sector, en gran medida han venido reforzando el discurso patologizante a través de su doctrina y sus prácticas. A su vez Cooper (1967), hace hincapié en que las denominadas enfermedades mentales son “una situación de crisis microsocial en la cual los actos y la experiencia de cierta persona son invalidados por otros, en virtud de razones culturales y microculturales inteligibles, hasta el punto de que aquélla es elegida e identificada de algún modo como “enfermo mental” y su identidad de “paciente” es luego confirmada por un proceso de rotulación estipulado por agentes médicos o cuasimédicos” (p.14).

Esta posición tiene relevancia por hacer hincapié en la importancia de la influencia social en el establecimiento de las conductas inaceptables, ya que propone que ciertos comportamientos indeseados como las ansiedades, obsesiones, temores, depresiones y muchas cosas nombradas en los libros de texto psiquiátricos no son enfermedades mentales, pues en gran medida esta fabricación sin límites de enfermedades o trastornos mentales surgió a su vez con una total falta de evidencia demostrable de que algunas de ellas desde la agorafobia hasta la esquizofrenia sean causadas por una etiología histopatológica o fisiopatológica. Esto nos hace pensar en que la naturaleza de la mayoría de los

llamados desórdenes, trastornos o enfermedades mentales es actualmente obscura o al menos opaca.

Otro de los factores determinantes que concurre en la segunda mitad del siglo XX, y que fue una pieza clave en el ulterior desarrollo del movimiento antipsiquiátrico fue la publicación en 1961 de *Historia de la Locura* en la época clásica de Michael Foucault. El autor sostiene que la “enfermedad mental” no debe entenderse como un hecho natural, sino como un constructo cultural sustentado por una red de prácticas administrativas y médicas. Este autor analiza la evolución del concepto de locura a lo largo de la historia y de las relaciones entre este concepto y el pensamiento de cada época, reforzando la idea de que toda “enfermedad mental” es relativa a cada época y contexto, y que los juicios morales en gran medida influyen sobre de ella.

Siguiendo la misma línea de ideas que Foucault, Szasz (1974), nos aporta en su libro *La Fabricación de la Locura*, que hemos pasado del estigma de la brujería al de la enfermedad mental. Donde ha terminado la herejía religiosa, empieza la herejía psiquiátrica y psicológica, y esta ha mantenido la tradición del dogma de interpretar como enfermedad o trastorno mental a todo aquello con lo que no se está de acuerdo, es anormal o poco común. Este argumento valida aun más la idea de que cada sociedad crea sus patologías y sus normas a criterio colectivo, ya que ciertas formas de vida pueden ser aceptadas o no, dependiendo del contexto histórico-social. Tal es el caso de la religión, pues si se habla con dios se está rezando; pero si dios te habla se sufre esquizofrenia. Si los muertos te hablan, quizás eres un espiritualista, o quizás termines en un hospital psiquiátrico.

Nos resulta demasiado fácil comprender que los desafortunados hombres del pasado vivieron de acuerdo con creencias equivocadas e incluso absurdas; es posible que esto nos impida mostrar un decoroso respeto hacia ellos y nos haga olvidar que los historiadores del futuro señalarán que también nosotros hemos vivido de mitos (Muller, 1964, citado en Szasz 1974, p.118).

A partir de estas reflexiones, observamos que los acuerdos colectivos establecidos en cada contexto tienen un gran peso en la co-construcción de referentes sociales y etiquetas para lo que es diferente, y poseen una gran influencia social real o imaginaria en las personas, pero esto no la justifica plenamente, debido a que cada quien tiene la convicción de decidir qué hacer y qué no, y es aquí en donde nos encontramos no con “enfermos mentales” en su mayoría, sino más bien con dilemas sociales sobre lo que es aceptado y lo que no. He aquí mi propuesta de no llamar a algo o alguien como enfermo o sano, trastornado, anormal o loco, pues en este contexto parece más adecuado el término “diferente a la norma” para la inmensa mayoría de los casos que no llevan un sustento de una alteración orgánica que en efecto influya de cierto modo sobre la persona.

Estadísticas del libro *La muerte de La Psiquiatría* de Fuller (citado en Gómez, 1981), muestran que de los individuos atendidos por los psiquiatras en Estados Unidos del año 1974, aproximadamente un 5% tenía enfermedades cerebrales comprobadas; y aproximadamente un 20% trastornos severos del comportamiento, probablemente debidos a enfermedades cerebrales, las que serían investigadas y tratadas por los neurólogos. Pero una inmensa mayoría (más o menos las tres cuartas partes) no tenían ninguna “enfermedad mental”, sino problemas en la vida, para los que necesitaban ayuda, no médica ni psiquiátrica, sino moral y educacional.

A la vez, considero importante señalar, que la inmensa mayoría de los problemas psicológicos en este contexto occidental contemporáneo son originados por la complejidad de los ritmos de vida muy particulares que pueden crear directa o indirectamente condiciones para la aparición de malestares, crisis, dificultades o problemas, los cuales se tiene la tradición de clasificar y nombrar consensualmente, a través del DSM-V o el CIE10. Esta etiqueta diagnóstica reflejará por tanto, más un consenso de expertos observadores que una prueba clínica irrefutable. Es así que cualquier vicisitud del alma puede derivar en un trastorno, o hasta en una experiencia mística. Pero si son enfermedades no será

porque duelan, sino porque son tratables desde rentables empresas asistenciales, se tenga o no “conciencia de enfermedad”.

Obviamente, el paradigma tradicional a través de la psicología y psiquiatría principalmente, ha propagado en la cultura occidental que la gente aprenda a plantear sus problemas de la vida en términos de “trastornos mentales”, y ha otorgado una excesiva importancia al diagnóstico y a la etiquetación, favoreciendo la estigmatización del “enfermo mental” y convirtiendo a los psiquiatras y psicólogos en agentes de control de la desviación social, como lo hicieron los punzadores e inquisidores de la Edad Media. Esta tradición ha dejado de lado el importante componente social y cultural, ya que como se ha venido analizando, la “salud y la enfermedad mental” son construcciones sociales relativas a las narrativas en boga de cada contexto histórico.

Ahora bien, muchas de estas narrativas se han venido legitimando a través de diversas prácticas institucionalizadas. Las instituciones como parte de las estructuras en culturas y sociedades occidentales tienen el poder para legitimar, moldear, condicionar y organizar en gran medida las particularidades que conforman nuestro estilo de vida. Algunas de ellas son las políticas públicas, educativas, jurídicas, religiosas, científicas, farmacéuticas, de salubridad, medios de comunicación, y la familia misma, además de muchas creencias populares y prácticas informales. Todas estas instituciones en cierta medida realizan una valoración directa o indirectamente de las conductas de las personas y construyen definiciones y reglas para encauzar la desviación de la norma, reafirmando por medio de la dimensión participativa.

Los seres humanos estamos implicados como participantes en prácticas sociales dentro de contextos locales; desde ahí nos convertimos en cierto tipo de personas y contribuimos a la vez a que dichos contextos se reproduzcan y se transformen, y a que se vaya ratificando/redefiniendo la propia práctica (Pérez & Yosseff, 2012, p. 20).

Estas prácticas de patologización se vuelven parte de la vida cotidiana, al confirmarse a través de la participación colectiva en los diferentes contextos en que nos desenvolvemos, como los hospitales, clínicas, escuelas, redes sociales, la misma familia, en algunos programas públicos de salubridad, etcétera, que en cierta medida mantienen y fomentan esta tradición nosológica. En nuestros días existen muchos ejemplos, entre ellos, los medios de comunicación, quienes tienen una influencia importante en cuanto a la instauración de referentes sociales en la sociedad, al servir de modelo para algunos habitantes, tienen la facultad para tipificar las conductas propias de una población, difundiendo lo que para ciertos grupos es considerado “normal” y lo que no dentro de una determinada sociedad (Garro, 2000).

Las prácticas de patologización en nuestro país se han vuelto algo tan ordinario, que según la Dra. María Elena Medina Mora (2003), Directora del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, en una encuesta realizada, entre 2001 y 2002 en México, el 28.6% de la población presentó algunos de los 23 trastornos de la CIE. Los trastornos más frecuentes en adultos fueron los de Ansiedad (14.3%), seguidos por los Trastornos de uso de Sustancias (9.2%) y los Trastornos Afectivos (9.1%). En los jóvenes las Fobias, la Depresión Mayor, el Trastorno Negativista Desafiante, la Agorafobia sin Pánico, la Ansiedad por Separación, el Abuso de Alcohol y el trastorno Disocial. Y en los niños la Ansiedad de Separación, el Trastorno por Déficit de Atención, La Fobia Específica, y el Trastorno Oposicionista (Medina, Borges, Lara, Benjet, Blanco, et al. 2003). Estas estadísticas nos muestran la actual tradición nosológica en la que nos encontramos, en la cual cada vez más se difunden discursos tradicionalistas de patologización o “enfermedad mental”.

Por otra parte, en occidente, otro factor que ha venido a influir en el discurso de la “enfermedad mental” son los llamados grupos de autoayuda, de tipo religioso, organizaciones como Neuróticos Anónimos, Alcohólicos Anónimos, espiritistas, congregaciones de tipo místico oriental, retiros, etcétera. Algunos de ellos vienen también a fomentar la tradición nosológica, solo que ésta es abordada

de diferente manera. Por ejemplo, algunos grupos religiosos no creen en “enfermedades mentales”, pues para ellos son perturbaciones espirituales de demonios que poseen el cuerpo. Y sea cual sea la construcción de la interpretación, se favorece el que las personas queden atrapadas en dinámicas de temor, y en el constante cuestionamiento acerca de su “normalidad”.

Visto lo anterior, podemos decir que es evidente que en las sociedades occidentales muchas instituciones promueven las prácticas y discursos de patologización, en especial la psicología tradicional y la psiquiatría, que siguen este modelo en su mayoría, y a su vez son facilitadas por muchas de las prácticas sociales de diferentes instituciones que las confirman, las vuelven parte de sí y las reproducen como condición “natural”.

Este recorrido nos ha mostrado cómo el modelo tradicional de la ciencia aún prevalece, y a pesar de que vivimos en la llamada postmodernidad, ésta no ha florecido del todo en la civilización occidental, tal vez por los profundos intereses de ciertas instituciones que han encontrado beneficios en aplicar su modelo o simplemente por seguir con la tradición de ideas dogmáticas. Este modelo ha servido de referente social en gran parte de las expresiones socialmente aceptadas para abordar las dificultades de la vida, y por lo tanto, culturalmente se ha continuado con frecuencia esta práctica, que desde mi particular punto de vista es una problemática social que puede abordarse desde una alternativa completamente diferente, basada en presupuestos socioconstruccionistas postmodernos, separados de la práctica de patologización y tendientes (en palabras de Trujano & Limón, 2010), a una relativización del problema, y con ello, a una ampliación de los márgenes de libertad a los que tenemos derecho como seres humanos.

Todas estas posiciones expuestas me llevan a considerar que en nuestro quehacer psicoterapéutico la mayoría de las veces no nos enfrentamos con “enfermedades” o “trastornos mentales”, sino más bien con formas diferentes de ser, pensar, actuar, sentir, soñar, etcétera, y cualquiera es válida, mientras no

dañe la integridad de los demás. La pluralidad no puede ser patología. Estar enfermo, ponerse enfermo, es propio del organismo psicofísico y no de una de una categoría nosológica. No caben, no se trata de estar enfermo o sano, sino del respeto a la diversidad que no es más que vida. Y si se dañase la integridad de los demás entonces sería un problema de respeto y de moralidad y no patológico. Y desde mi punto de vista también si existen dificultades para un bienestar subjetivo que incluya el cambio de comportamientos, pensamientos y sentimientos, se estaría hablando de crisis o dificultades pasajeras que surgen en su mayoría debidos al ritmo de vida de cada contexto. Como se ha venido trabajando, muchas de ellas son reforzadas y legitimadas por algunas instituciones “normalizadoras” que además se benefician millonariamente. Es por ello que como elemento adicional de análisis del contexto social contemporáneo, se abordará en el siguiente apartado la influencia que tiene la industria farmacéutica en la construcción social masiva de los “trastornos mentales”.

### **3. ABUSOS DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA EN LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LAS “ENFERMEDADES MENTALES”**

En este apartado podremos observar cómo en general, las diferentes voces que exponen la mercantilización del desarrollo de la psiquiatría y la psicología clínica, así como sus nexos económicos con los laboratorios, basan sus argumentos en la falta de “rigurosidad científica” de los diagnósticos. Llama la atención porque finalmente este discurso de la “cientificidad”, como ya se expuso anteriormente, constituye a su vez, otra construcción social contemporánea que sólo es una forma más de narrar la experiencia, más que una verdad absoluta o universal. Sin embargo, desde esta mirada, resulta de gran importancia tomar en consideración los abusos denunciados, para intentar comprender con mayor claridad el auge de las “enfermedades mentales” en la actualidad.

Autores como Faraone, Barcala, Torricelli, Bianchi, y Tamburrino, (2010), coinciden en que la industria farmacéutica en el contexto social occidental es una de las mayores esferas económico-mercantiles de nuestros días, en la medida en que se ha convertido en un importante objeto de consumo sumamente lucrativo. Su posicionamiento en la vida cotidiana es sin duda predominante, al grado de conseguir que la sociedad normalice en su cotidianidad el uso continuo de diversos fármacos para atender o prevenir una amplia multiplicidad de malestares.

Este anclaje cultural en los sistemas de significados de las sociedades occidentales, está siendo reforzado por diferentes e importantes agentes sociales. Quizás el principal de ellos y con el que comienza esta difusión de la medicalización, está constituido por los propios laboratorios e instituciones creados y financiados por la industria farmacéutica. La vía principal por la cual la industria farmacéutica difunde esta tradición nosológica suele ser en primera instancia a través del marketing farmacéutico, el cual se dirige a los profesionales de la salud principalmente, pero también a la población en general. Según algunos autores como Orueta, Santos, González, Fagundo, Alexandre, et al. (2011), la

parte más importante de la promoción, tanto como un 80%, se dirige a los profesionales e Instituciones, realizándose habitualmente a través de visitas, cortesías (revistas, libros, gacetas, folletos), membrecías, congresos científicos, conferencias, stands, mesas de ayuda, etcétera, aunque en ocasiones la influencia es más sutil, por ejemplo, a través de información sesgada, charlas de expertos seleccionados y pseudocongresos promocionales, entre otros.

De acuerdo con los autores citados, el proceso con el que generalmente se inicia esta propagación de los medicamentos por parte de la industria farmacéutica, es con el apoyo económico para la organización de congresos de las distintas sociedades y asociaciones científicas y profesionales, las cuales, a través de sus líderes de opinión “expertos”, difunden los más recientes hallazgos en relación a las enfermedades, síndromes o trastornos mentales. Y a su vez promocionan los nuevos fármacos que atienden esta enfermedad, para así aumentar el mercado de un medicamento. Dicho en palabras de Blech (2005), la industria farmacéutica promueve enfermedades para las cuales tiene ya su droga. Para ello se recurre incluso a líderes de opinión, frecuentemente personajes importantes en el área de la salud como médicos, psiquiatras y neurólogos destacados, pertenecientes a las instituciones públicas o privadas de mayor prestigio asistencial.

En este contexto, los líderes de opinión, al ser un engranaje clave en la actual estrategia de marketing de la industria farmacéutica, muchas veces pueden incluso estar operados por atractivos intereses corporativos.

Cada laboratorio tiene sus líderes de opinión que son los que sostienen científicamente “con teorías” la tendencia del laboratorio en materia de fármacos. Cada uno se lleva un cheque o equivalentes. Hay laboratorios que tienen políticas de captación de psiquiatras y otras que premian por lo que los psiquiatras ya recetan. Nosotros ya sabemos que hay médicos que con tal de que les paguen dicen cualquier cosa, en el medio ya se los conoce y a esos se apuesta (Faraone, Barcala, Torricelli, Bianchi & Tamburrino 2010, p. 494).

Los mismos autores comentan que la industria farmacéutica tiende a recurrir a estos líderes de opinión, debido a que no hay un respaldo “objetivo” sustentable de ninguna “enfermedad mental”, de hecho, con frecuencia su discurso está compuesto de meras relevancias clínicas, estadísticas y consensos, más que pruebas con validez “científica”.

Leifer (2001), subraya que actualmente, el modelo biomédico es la base ideológica dominante dentro de la cual la psiquiatría intenta dar explicación de la “enfermedad mental”. Resultando en que el modelo de la psiquiatría en nuestros días se ha vuelto mucho más biológico, y en consecuencia, con menos interés por los factores psicológicos o sociales que están involucrados en las causas posibles del problema. Es por ello que las actuales investigaciones en salud mental se han realizado con fuertes tendencias biológicas absolutistas y globalizadas.

De acuerdo a González y Pérez (2007), la visión de que la “enfermedad mental” debe de tener causas biológicas es una construcción cultural corporativa, impulsada por intereses de las industrias farmacéuticas, quienes para justificar su discurso se sirven de instituciones que las validan y legitiman socialmente. Entre estas instituciones, resulta de gran importancia destacar aquí que figuran asociaciones de enorme influencia política, como la National Alliance for the Mentally 111 (NAMI), y la Children and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (CHADD), por citar algunas. El motivo central de estas asociaciones y otras semejantes es sostener que las enfermedades mentales son alteraciones del cerebro causadas por factores biológicos. Por tanto, se oponen a cualquier consideración que las vincule con alguna condición relativa al desarrollo psicosocial de las personas o a circunstancias propias de la vida (González & Pérez, 2007).

De acuerdo a la CCDH (2004), la piedra angular biomédica en que se han estado apoyando los modelos de enfermedades de la psiquiatría, no han logrado demostrar su “validez de ciencia”, pues para conseguirlo es necesario

demostrar un análisis empírico y observacional, que pase por la crítica racional, y por lo tanto pueda dar a conocer las relaciones causales y así establecer leyes universales. Ellos sostienen que la psiquiatría se encuentra muy lejana de demostrar su sustento filosófico, debido a que no se conoce con certeza cómo actúan los psicofármacos, ni se ha logrado demostrar ninguna alteración neuroquímica consistente asociada a las “enfermedades o trastornos mentales”. Y argumentan que tampoco los cerebros de las personas que sufren estos trastornos parecen ser diferentes a los del resto de la población, salvo en algunos casos en los que se asocian con otros factores, como el propio uso de los psicofármacos, drogas de abuso, la terapia electroconvulsiva o ciertas enfermedades infecciosas.

En la medicina existe un criterio estricto para dar el nombre de enfermedad a una condición: debe comprobarse y establecerse un grupo predecible de síntomas, la causa de estos síntomas o una comprensión de su fisiología (función). La fiebre y los escalofríos son síntomas. La malaria y la tifoidea son enfermedades. La existencia de enfermedades es comprobada por evidencia objetiva y por medio de exámenes físicos. Sin embargo, nunca se ha comprobado que alguna “enfermedad mental” exista médicamente (CCDH, 2004, p.34).

Agencias psiquiátricas de importancia como la Asociación Mundial Psiquiátrica (AMP) y el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (INSMEU), admiten que los psiquiatras no conocen las causas ni las curas de ningún trastorno mental, ni lo que sus “tratamientos” le hacen específicamente al paciente. Sólo tienen teorías y opiniones conflictivas sobre sus diagnósticos y métodos, y carecen de toda base científica para ellos. Actualmente dicen, “No hay pruebas de sangre ni de otros elementos biológicos para determinar la presencia o ausencia de una enfermedad mental, como los hay para la mayoría de las enfermedades corporales” (Szasz, citado en CCDH, 2004, p.34).

Una teoría psiquiátrica prevalente de importancia clave para la venta de drogas psicotrópicas es que los trastornos o enfermedades mentales son el resultado de un desequilibrio químico en el cerebro. Al igual que en el caso de

otras teorías, no existe evidencia biológica o de otra naturaleza para probar esto, ya que “No existen pruebas para determinar la condición química del cerebro de una persona viva. Tampoco se ha encontrado ningún indicio bioquímico, anatómico o funcional que distinga de forma confiable el cerebro de los pacientes mentales” (Elliot, 1998, citado en Eastgate 2002, p.10).

Los escáneres del cerebro (resonancia magnética funcional o la tomografía por emisión de positrones) son los estudios frecuentemente utilizados como pruebas de la existencia de las bases biológicas de los trastornos mentales y su tratamiento, cuando en realidad son representaciones gráficas de resultados estadísticos que han de ser interpretadas con extrema cautela, dado su carácter meramente correlacional. Es así que una neuroimagen no representa la imagen infraganti de una causa cerebral (González & Pérez, 2007).

La investigadora Andreasen (2001), en su libro *Brave New Brain: Conquering Mental Illness in the Era of the Genome*, señala que, a pesar de la publicidad mediática, en la literatura médica profesional, el valor potencial de la información por imágenes para detectar auténticas lesiones cerebrales, es dudoso. Afirma que en ciencia neurológica un biomarcador puede ser la fisiopatología, la histopatología o la presencia de microorganismos patógenos en el sistema nervioso. Finalmente reconoce que no se ha podido demostrar ninguno de estos biomarcadores en los trastornos mentales del manual DSM. Este cuestionamiento al valor científico del DSM ha sido emitido por esta prestigiosa neuróloga, Presidenta de la Academia Nacional de las Ciencias de Estados Unidos, Medalla Nacional de las Ciencias del mismo país y jefa de redacción del *American Journal of Psychiatry*.

Hasta el momento, la ausencia de pruebas biológicas es una enorme desventaja de la psiquiatría. Ello significa que actualmente todos los diagnósticos se basan en juicios subjetivos intrínsecamente falibles y sometidos a cambios volubles. Es como tener que diagnosticar una neumonía sin disponer de pruebas

sobre los virus o las bacterias que provocan los diferentes tipos de infecciones pulmonares (Frances, 2014).

Toda actuación no fundamentada es iatrogénica, ya sea desde el punto de vista médico, social o cultural, y la medicalización de psicotrópicos es un ejemplo claro de ello, que se traduce en múltiples y muy diversas consecuencias. La venta de una dolencia que ensancha los límites de lo que es enfermedad con el fin de ampliar los mercados para aquellos que venden y aplican los tratamientos. “La medicalización de la vida cotidiana, es un proceso que convierte a personas sanas en enfermas, produce daño iatrogénico, y desperdicia recursos valiosos” (Moynihan & Henry 2006, citados en Vara 2008, p.130).

Cabe señalar tal y como menciona Frances (2014), que actualmente miles de millones de dólares en investigación no han conseguido aportar pruebas biológicas convincentes de que cualquier “trastorno mental” sea una dolencia diferenciada con una causa unitaria. Ninguno de los descubrimientos biológicos ha logrado convertirse en un test objetivo de diagnóstico, al presente no se dispone de indicadores biológicos para trazar la línea divisoria entre normalidad y trastorno mental.

Debido a que la inmensa mayoría de este discurso patologizante carece de sustento objetivo científico, la única forma para legitimarlo es a través del consenso de los expertos clínicos. Es así que la “enfermedad mental” es el producto de un respaldo social a través de acuerdos colectivos, por lo cual, no sería entonces una entidad natural, como lo sería más propiamente una enfermedad médica, más bien se trata de una artimaña, una construcción social inmersa en un mercado que genera ganancias millonarias. Ganancias de la industria farmacéutica que según los indicadores de una Investigación y análisis realizados por ProMéxico en (2014), son de 1, 229 mil millones de dólares en producción global, esperando un crecimiento del 9.4% de 2014 a 2020. Gran parte de este ingreso obviamente se debe al abuso lucrativo de crear supuestos

“trastornos mentales”, y así poder generar millones de dólares a través de la venta de aparentes tratamientos psicotrópicos, los cuales no tienen ninguna anomalía mensurable que corregir, a diferencia de un fármaco como la insulina que corrige un desequilibrio que se puede cuantificar.

Cabe mencionar que esta co-construcción social patológica fundamenta su respaldo únicamente con un conjunto de clasificaciones sintomáticas a través de los manuales *Diagnostic and Statistical Manual -DSM-V* de la Asociación Americana de Psiquiatría; y la *Clasificación Internacional de Enfermedades* en su décima revisión *CIE-10*, los cuales son legitimados mediante consensos a votación por asociaciones de psiquiatras en connivencia con empresas farmacéuticas. A pesar de que se ha expuesto que no hay pruebas objetivas, estos manuales se basan en gran medida en cuestiones idiosincráticas, pero de manera sorprendente, gozan de gran prestigio científico y académico.

En este sentido, el DSM-V vendría siendo el mayor marketing farmacéutico. Un estudio publicado en 2006 en *Psychotherapy and Psychosomatics* (Cosgrove, Krimsky, Vijayaraghavan, & Schneider, 2006), reveló la estrecha relación entre los laboratorios farmacéuticos y el DSM. Lisa Cosgrove, psicóloga de la Universidad de Massachussets, y Sheldon Krimsky, profesor en la Universidad Tufts, realizaron un estudio publicado bajo el título de *Nexos Financieros entre los Miembros del Panel del DSM-IV y la Industria Farmacéutica*. El estudio reveló que más de la mitad de los 170 miembros del panel de responsables del DSM tenían nexos financieros ocultos con los laboratorios. Y más alarmante aún, que el cien por ciento de los “expertos” del panel sobre trastornos de la personalidad del DSM tenían vínculos económicos-financieros con la industria farmacéutica. Evidenciando aun más cómo los intereses económicos y la corrupción tienen totalmente invadido este campo.

De esta manera, las industrias farmacéuticas han conseguido la hegemonía para posicionarse dentro de las prácticas sociales en las que se

constituyen, conforman y configuran las realidades clínicas; en este caso, en los trastornos (principalmente a través de los manuales) y los tratamientos (psicotrópicos). La creación del DSM principalmente ha servido para proveer de nuevos pacientes para los psiquiatras y nuevos clientes para las compañías farmacéuticas. Es por ello que desde que se publicó el DSM se ha producido un peligroso aumento significativo en el consumo de fármacos, incluso autorecetados, debido a que este manual ha alcanzado una enorme trascendencia social al grado de tener el poder para determinar todo tipo de orden práctico en los profesionales y el público en general.

El DSM actualmente es el principal referente utilizado por los profesionales de la salud, psicólogos y psiquiatras, los cuales tienden a propagar este discurso patologizante. Un discurso iatrogénico debido a que la Psiquiatría es la única especialidad médica en la que todos sus diagnósticos son síndromes o trastornos, no enfermedades. La diferencia entre "trastorno psicológico" y "enfermedad" es realmente importante. Un trastorno carece de etiología y la enfermedad debe de tener, por definición, una etiología conocida, una causa bien definida que está provocando directamente los síntomas. Más aún, no hay porqué medicar algo que no se ha comprobado como enfermedad, el diagnóstico psiquiátrico no es suficiente para diseñar un tratamiento. Sin embargo, a los "pacientes" se les suele decir que tienen tal o cual enfermedad, probablemente para justificar su tratamiento con costosa medicación.

Blech (2005), sintetiza todo este proceso en su libro *Los inventores de enfermedades*, en el cual menciona que el proceso de construcción de la enfermedad se ha establecido del siguiente modo: determinados grupos de expertos (patrocinados por la industria farmacéutica) definen como patologías (atribuyéndoles un diagnóstico concreto y un tratamiento específico) cuestiones que no son otra cosa que circunstancias de la vida normal.

Es así que la medicina actual, enclavada en una economía de mercado, se hace parte de una industria de la salud y la "enfermedad mental" basada en el

lucro y no en el derecho a la salud, que coadyuva en la producción de nuevos ideales del cuerpo y del comportamiento. Ésta a su vez va promocionando que la gente aprenda a plantear sus vicisitudes de la vida en términos de “enfermedades mentales”, actuando además, de manera consistente con el “diagnóstico”.

Siguiendo la misma línea de ideas Frances (2010), enfatiza que con el DSM se ha reconocido que se incrementan las tasas de “trastornos mentales” con nuevos diagnósticos y con umbrales de diagnóstico cada vez más bajos, que incluyen muchas variantes normales bajo su prescripción. Debido a las graves imprecisiones, se podrán crear millones de “falsos positivos” con la rúbrica de “enfermedad mental” y con el peligro de ser medicados con fármacos de efectos devastadores de por vida, además del estigma social asociado a las etiquetas nosológicas que muchas personas deberán asumir.

La medicina moderna hace creer a las personas que la naturaleza las golpea con nuevas enfermedades que sólo pueden ser curadas por los médicos (...) Las empresas farmacéuticas y los grupos de interés médico inventan las dolencias. Las enfermedades se han convertido en un producto industrial. Para ello, las empresas y las asociaciones convierten los procesos normales de la existencia humana en problemas médicos, medicalizan la vida (Blech, 2005, p.11).

Este afán de la industria farmacéutica de abarcar los problemas vitales de la gente que antes no estaban considerados como entidades médicas, logra ampliar sus mercados potenciales para sus productos y por lo tanto ganancias millonarias, ya que la inclusión de muchos de estos nuevos medicamentos les generan patentes y con ello un importante monopolio. Por ejemplo el Metilfenidato, “Ritalin”, Prozac, Fluoxetina, Floxet, Foxetin, Luserpal, Mitilase, Neupax, Sostac, Rubifen, Metilfenidato, Dextroanfetamina, Metanfetamina, Concerta, Strattera, Medikinet, Risperidona, Quetiapina, Planzapina, Aripiprazol, Ziprasidona, Vioxx, Cholstat, Redux y Ponderal. Cuando las patentes expiran se buscan nuevas y por lo tanto nuevos trastornos que medicar. Cabe mencionar que de los antes mencionados, no ha surgido ningún psicofármaco más eficaz o con un mecanismo de acción, a ninguno de estos psicofármacos se le conoce con certeza cómo

actúa. Por el contrario, la causa y los mecanismos que explican sus efectos secundarios son mucho mejor conocidos, debido a que los fármacos psicotrópicos se diseñan específicamente para eludir las defensas naturales del cuerpo e introducirse en el cerebro, y por lo tanto pueden alterar el delicado equilibrio de procesos químicos que son vitales para que el cerebro funcione bien.

El mercado ha sido inundado de miles de drogas medicinales superfluas que a veces sólo tienen efectos marginales y que siempre tienen efectos secundarios perjudiciales (Capra, 1992, p.135).

“Como casi todo lo demás que ocurre en el campo de la atención de la salud en estos días, nuestras ideas acerca de la enfermedad mental toman forma bajo la larga sombra que proyectan los gigantes farmacéuticos globales” (Moynihan & Cassels 2005; citados en Vara, 2008; p.130). Se busca aumentar el mercado de un medicamento a través de varias vías, nuevas indicaciones, ajustes de los objetivos terapéuticos para reducir la cifra de un valor considerada como normal. Las etapas de la vida se convierten en mercancía, se logra la venta de procesos normales de la vida como problemas médicos, las enormes áreas de la existencia quedan bajo control médico. La medicina ha avanzado tanto que ya casi nada es considerado como sano. El estanque de la normalidad se está reduciendo a un pequeño charco.

El principio rector es que “normal” no tiene un significado universal y no puede nunca definirse con precisión por las ruedas de la deducción filosófica; depende en gran medida de los ojos del que mira y cambia según el momento, el lugar y la cultura (Frances, 2014, p.25).

El mismo Frances (2014), señala que la campana de Gauss puede decirnos con extraordinaria precisión dónde se sitúa exactamente una persona respecto al grupo, es decir, la posible desviación estándar respecto a la media. Sin embargo, las pruebas no nos dicen en dónde situar los límites de lo que es normal. Eso lo determina el contexto, no el resultado de las pruebas.

En su afán de incluir todas las variedades y extravagancias de los sentimientos y comportamientos humanos en su ámbito profesional, corren el riesgo de medicalizar no sólo la Psiquiatría, sino la propia condición humana. Medicalizar la condición humana es aplicar una etiqueta diagnóstica a varios sentimientos o comportamientos desagradables o no deseables que no son claramente normales pero que se sitúan en un área nebulosa, difícil de distinguir, de toda una gama de experiencias que a menudo van ineludiblemente unidas al hecho de ser humano (Chodoff, 2002, p.628).

El discurso de “anormalidad” o “enfermedad mental” está predominantemente asignado por las industrias farmacéuticas y legitimado a través de los profesionales de la salud. Muchas de estas situaciones no deberían ser situadas en este ámbito, debido a que en su inmensa mayoría son sólo problemáticas de carácter social, personal o de relaciones interpersonales. Las prácticas contemporáneas de patologización han llegado al punto de medicar aspectos normales del ciclo de vida como la infancia, el cansancio, el mal humor, la desidia, la falta de concentración, los altibajos, la escolarización, la adolescencia, la timidez, la sexualidad, la impaciencia, las dificultades para relacionarse con la gente, la diversión, la menopausia, el duelo, la senectud, la muerte, etcétera. Para cada etapa de la vida se ha creado todo un mercado de consumo, asignándoles una descripción terminológica médica para ser diagnosticadas como “enfermedades” y así recetar el correspondiente fármaco. Tal es el caso, por ejemplo del Trastorno Disforico Pre menstrual, Fobia Social, Trastorno bipolar, Depresión, Trastorno Cognitivo Menor, Trastorno Mixto de Ansiedad Depresiva, Trastorno de Hipersexualidad, Juego Patológico, Ansiedad Generalizada, Ansiedad Social, Trastorno de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad etcétera.

Etiquetar a un niño de enfermo mental es estigmatización, no un diagnóstico, darle a un niño una droga psiquiátrica es envenenamiento, no un tratamiento (Szazs, 2012).

Un ejemplo de cómo se lleva el proceso actual de medicación en psiquiatría incluye, por ejemplo, que si una persona con crisis se encuentra en

situaciones que desbordan su capacidad de afrontamiento, su diagnóstico más común podría ser un trastorno por desadaptación, y por consiguiente, lo indicado sería prescribirle Medicación. En otro caso, si alguna persona se queja de altibajos inherentes a la vida, probablemente se le diagnostique Depresión y se le trate con Prozac, Otro ejemplo es la timidez que, ciertamente, puede suponer dificultades en las relaciones interpersonales y en esta línea se le llamaría Fobia Social, atendiéndose con algún Ansiolítico. Otro escenario es, si un consultante señala cambios de humor normales de la adolescencia posiblemente se trate de Trastorno Bipolar y se medique con Aripiprazol. En otro caso, si un consultante llegara muy impaciente debido a su ritmo de vida se le diagnosticaría muy posiblemente Trastorno de Ansiedad Social y se le atendiera con Paxil. Y por último, si un niño es travieso más de la cuenta posiblemente sea diagnosticado con el Trastorno de Déficit de Atención y se le recete Ritalin. Obviamente cada caso es particular, por lo cual sólo expongo la tendencia hacia la forma de abordar a los usuarios. A su vez, muchos de los propios psicofármacos no respetan los diagnósticos para los que se supone son específicos. Así, por ejemplo, un psicofármaco aprobado y etiquetado como antidepresivo resulta curiosamente que es igual de “eficaz” o más para otros “trastornos”, y por lo tanto, es factible prescribirlo. Cabe señalar que se ha notado que muchas veces el efecto es más placebo que del propio psicotrópico.

Adicionalmente, González y Pérez (2007), sostienen que los psiquiatras de orientación psicofarmacológica no se caracterizan precisamente por hablar demasiado con los pacientes. Más bien tienden rápidamente a establecer un diagnóstico sobre la base de un listado de síntomas del DSM. El desequilibrio químico es más un dispositivo retórico que un hallazgo científico; parece ser que los usuarios están interesados, por lo general, en ser tratados como enfermos de condiciones biológicas en términos neuroquímicos. Este interés de los usuarios por las explicaciones químicas se alimenta a su vez de la propaganda de los laboratorios a través de los medios de publicidad. Se pasa de ser ciudadanos de pleno derecho a “pacientes” consumidores pasivos.

El medicamento aparece resaltado como un recurso social cada día más poderoso para suprimir el malestar o como única salida al sufrimiento humano. En otras palabras, se tiende a diagnosticar situaciones existenciales como cuadros patológicos. La medicina moderna hace creer a las personas que la naturaleza las golpea con nuevas enfermedades que sólo pueden ser curadas por los médicos bien provistos de su arsenal farmacológico.

González y Pérez (Op cit.) coinciden en que este reduccionismo biológico-mecanicista (mimetizando la medicina clínica tradicional) impuesto por las industrias farmacéuticas, deja de lado el aspecto psicosocial. Es decir, no ha intentando mirar al paciente de una manera global y entender los problemas en el contexto más amplio posible, perdiendo de vista todo el contexto social e interpersonal, como si la experiencia humana pudiera reducirse a determinados fenómenos a nivel de circuitos neuronales. No encontrarán en los circuitos neuronales conductas prefabricadas, porque no están allí su sede ni su causa, porque la neurotransmisión y el flujo vascular cerebral no son la conducta ni la “causa concreta” de la conducta. Esta tendencia es equívoca al ver los síndromes y trastornos psicológicos en función exclusivamente de causas biológicas, en lugar de tratar de explorar sus posibles orígenes sociales más complejos.

Deacon (2013), efectuó una investigación de los estudios científicos publicados hasta la fecha del modelo biomédico en salud mental, en donde revisó su validez y utilidad, exponiendo 6 principales creencias asociadas al modelo biomédico en salud mental, y contrastándolas con los datos disponibles. Según este autor, estas son las falsas creencias que acompañan al modelo biomédico en salud mental:

1. Los trastornos mentales son enfermedades cerebrales causadas por el desequilibrio de los neurotransmisores, anormalidades genéticas y defectos en la estructura y funciones del cerebro. Hecho: Los científicos

no han identificado una causa biológica, ni siquiera un marcador biológico inequívoco, de ninguno de los trastornos mentales.

2. La medicación psicotrópica funciona mediante el reajuste de los desequilibrios en los neurotransmisores responsables de la enfermedad mental. Hecho: No existe evidencia concluyente de que los trastornos mentales sean causados por un desequilibrio químico, o de que los fármacos funcionen corrigiendo dichos desequilibrios.

3. Los avances en neurociencia han dado paso a una nueva era de fármacos más eficaces y seguros. Hecho: Los fármacos psiquiátricos modernos no son, a grandes rasgos, ni más seguros ni más eficaces que los descubiertos casualmente hace medio siglo.

4. La psiquiatría biológica ha hecho grandes progresos para la reducción de la carga de las enfermedades mentales en el mundo. Hecho: Los trastornos mentales se han vuelto más crónicos y graves, y el número de personas con discapacidad asociada a sus síntomas ha aumentado de manera constante en las últimas décadas.

5. Educar a la sociedad sobre la idea de que los trastornos mentales tienen su origen en causas biológicas reduce el estigma asociado a la enfermedad mental. Hecho: A pesar de que la sociedad ha aceptado ampliamente la idea de que los trastornos mentales tienen un origen y tratamiento biológico, los problemas de estigmatización no han mejorado e, incluso, se están agravando.

6. Una mayor inversión en investigación en el campo de las neurociencias permitirá desarrollar test diagnósticos basados en componentes biológicos y tratamientos farmacológicos curativos (no sólo paliativos). Hecho: La industria farmacéutica no ha logrado encontrar psicotrópicos prometedores

capaces de incidir sobre los “trastornos mentales”, además del fracaso constante de los nuevos compuestos en demostrar su superioridad frente al placebo.

Exponiendo sus puntos, el autor concluye resaltando la necesidad de replantear la forma de abordar las “enfermedades mentales” y considera conveniente realizar aproximaciones desde diferentes niveles de análisis. También recomienda una perspectiva biopsicosocial que permita abarcar y explicar más integralmente esta fenomenología tan compleja, frente al enfoque biomédico, dados sus pobres o inexistentes resultados.

Pero es un hecho que tanto la industria farmacéutica como gran parte de los profesionales de la salud se aferran a versiones más o menos elaboradas de la hipótesis del desequilibrio neuroquímico, para dar a entender que algo anda mal en el cerebro de aquéllos que sufren trastornos mentales. A falta de otra hipótesis más convincente, el desequilibrio neuroquímico se perpetúa como explicación tanto del modo de acción de los psicofármacos, como a posteriori de la fisiopatología de los trastornos mentales (González & Pérez, 2007).

El médico tradicionalista que no ve al hombre sino al cuerpo, no es más que un veterinario, pero el que quiera ver en él a la vez el cuerpo y el alma, no tiene más remedio que referirse a la psicología holística, la cual aborda toda una gama de aspectos biopsicosociales y no sólo uno.

Claramente la mayoría de “las problemáticas dominantes de salud mental son esencialmente el producto de la acción de los factores ambientales, educativos, de las dinámicas de los grupos de inclusión (familia, trabajo, comunidad, amigos, barrio, etcétera). Por ende, su abordaje correctivo y preventivo ha de ubicarse preferentemente en este mismo ámbito” (Calviño, 2004, p.40). Un problema mal planteado no tiene solución, un modelo psicofarmacológico de enfermedad que está edificado sobre tres pilares pseudocientíficos diagnósticos sobre un listado superficial de síntomas, supuestos

desequilibrios bioquímicos y pretendido determinismo genético, no dará solución porque la mayoría de la problemática no se encuentra ahí.

De acuerdo a Belmartino (1987), cinco son los rasgos que intervienen en la crisis del modelo médico hegemónico:

1. Tiene una concepción de la salud individual y biológica, descontextualizada social e históricamente.
2. Es un modelo tecnocrático fundado en la idea de que el desarrollo científico y tecnológico conduce al bienestar, que en los hechos se traduce en un monopolio del saber que utiliza un lenguaje definido previamente como científico, lo que produce relaciones asimétricas y pasividad en las personas.
3. Es medicalizante, ya que la medicina invade la totalidad de las prácticas sociales y refuerza su función de control al definir la desviación como enfermedad.
4. Aumenta la iatrogenia, con consecuencias sociales correlativas.
5. No es igualitario, ya que el acceso a las prácticas en condiciones de excelencia está asociado a la disponibilidad de tecnología, a la cual no acceden no sólo importantes conjuntos sociales, sino también profesionales médicos que no cuentan con las posibilidades de disponer de los recursos ni de las especializaciones.

Es por ello que todavía no existe ningún modelo sostenible científicamente que explique cómo y por qué algunas personas desarrollan esquizofrenia, depresión, trastorno bipolar o simplemente son más ansiosas de lo normal.

La paradoja, concluye Belmartino (1987), es que actualmente contamos con una ingente cantidad de información biológica sobre los trastornos mentales gracias al desarrollo de técnicas biomédicas para diagnosticar y tratar muchas enfermedades convencionales, pero aún no se puede verificar ni siquiera por qué y cómo se produce cualquiera de los “trastornos mentales” más graves.

Este panorama nos muestra cómo, desde este discurso, la industria farmacéutica en la sociedad actual occidentalizada comete abusos, obviamente lucrativos para estos sectores, en donde las víctimas resultan ser las personas en general que se dejan seducir por la mercadotecnia y los nuevos títulos patológicos, que se han legitimado por acuerdos colectivos más que por sustentos formales. Claramente, el objetivo de la industria farmacéutica es generar ganancias multimillonarias a través de la venta de psicotrópicos para “prevenir” y “atender” supuestos “trastornos mentales” que muy probablemente en su mayoría sean vicisitudes de los avatares de la vida cotidiana, dilemas éticos o problemas morales y relacionales.

Cabe mencionar que tradicionalmente tanto la psicología como la psiquiatría convencionales han fomentado la difusión de esta aproximación patológica. Ambas disciplinas por implementar preponderadamente un discurso médico patologizador, respaldado por un cuestionable DSM-V.

Por lo anterior y basándome en un marco teórico socio construccionista, considera que el perfil del llamado “enfermo mental” es co-creado en muchas ocasiones por el propio profesional de la salud, pues como menciona, Lejarraga (2004):

En la naturaleza, la enfermedad no existe como tal sino como un fenómeno biológico que sólo puede distinguirse porque rompe cierta secuencia de eventos que son parte de un proceso continuo. Si no está el ojo testigo del ser humano, ese fenómeno no adquiere sentido. Es el individuo y la sociedad los que otorgan el rótulo de enfermedad a determinado evento. Este rótulo es el resultado de una construcción social (p. 271).

Es por ello que en el siguiente capítulo se analizará el papel de la psicología clínica en el contexto social contemporáneo, abordando a las diversas prácticas de patologización en psicoterapia, para así ir dando cuenta de que la “enfermedad mental” es más una co-construcción social y depende en gran medida de la narrativa con que se interpreta la experiencia del consultante.

## **4. EL PAPEL DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN EL CONTEXTO SOCIAL CONTEMPORÁNEO**

“Acorde con los planteamientos postmodernos, la teoría del construccionismo social considera a la “realidad” como una construcción social hecha por nosotros mismos a lo largo de la historia” (Trujano, 2002, p.11). En este contexto, la psicología y su área de especialización, la psicología clínica, también constituyen a su vez, otra construcción social más. Una psicología clínica conformada por toda una pluralidad de marcos teóricos, mismos que han generado gran cantidad de formas de intervención tendientes, en principio, a ayudar a las personas que enfrentan problemas.

A pesar de toda esta multiplicidad de perspectivas, el discurso de la modernidad “positivista” se ha posicionado preponderantemente en las prácticas clínicas, al grado de que la sociedad occidental ha adoptado en su vida cotidiana los mismos conceptos surgidos en el mundo académico y científico. Lo que ha propiciado que las personas piensen y hablen de acuerdo a este sistema de comprensión, cuyo lenguaje es cerrado, rígido, totalitario y dicotómico en términos de su concepción de que algo es “normal” o es “anormal”, es “falso” o es “verdadero”, es “sano” o es “enfermo” (Trujano, 2002).

En relación a esto Limón (2005b), nos menciona que esta gran mayoría de aproximaciones subordinadas al modelo médico y a su tradicional interpretación de los problemas como enfermedades patológicas, han normalizado que muchos consultantes se vean como “enfermos mentales”, en vez de personas con ciertas características, con diferentes maneras de ser, con dificultades de la vida cotidiana, con actividades que forman parte normal de su vida cotidiana en un contexto complejo que es el de la “realidad actual”.

Por lo cual en el siguiente apartado se efectuará un breve recorrido por diferentes prácticas de patologización en psicoterapia, para así conocer más a detalle cómo es que se está abordando esta fenomenología en nuestros días.

#### **4.1. Una mirada a las prácticas de patologización en psicoterapia**

Si el cliente o la clienta entra en la consulta de un conductista, saldrá con un problema de conducta. Si los clientes eligen un despacho de un psicoanalista, se marcharán con los conflictos irresueltos de la infancia como centro del problema. Si un cliente pide ayuda a un analista junguiano, lo más probable es que salga con un problema cuyo tratamiento eficaz exige examinar el simbolismo de sus sueños (O'Hanlon & Weiner Davis, 1989, p.65).

El hombre es la medida de todas las cosas, porque la experiencia no habla por sí sola, nosotros hablamos por ella, y dependiendo de la forma en que se cuente se le otorgará sentido, es decir, si nos ponemos unos lentes azules veremos la "realidad" de ese color, debido a que cuando la única herramienta de que dispones es un martillo, una infinidad de objetos cobran aspecto de clavos.

En definitiva, la definición del "problema" en terapia es función del proceso de evaluación, es decir, dependiendo del marco teórico con que se evalúe el "problema presentado", el diagnóstico podrá tener una u otra connotación patológica. Existe toda una infinidad de versiones posibles para conceptualizar una "problemática clínica",

y también, para el diseño de los medios terapéuticos para su intervención. Cada versión dependerá del punto de vista en que estemos montados, el cual nos conminará a interactuar con nuestro consultante de acuerdo con la "estructura lógica" de esta peculiar manera de pensar.

En psicoterapia la realidad no se descubre, sino que se crea a partir de los presupuestos teóricos y en interacción con las aportaciones de los clientes que acuden a terapia (Watzlawick, 1984). Los diferentes modelos teóricos dictan qué es lo que podemos ver y qué no, es más, determinan dónde buscar y dónde no, de qué hablar y de qué no, es decir, cada psicoterapeuta co-construye, moldea, organiza y provoca con su consultante formas y modos particulares de participación en el consultorio, los cuales configuran los juegos de lenguaje y las maneras de relacionarse. Es por ello que conforme los usuarios se mueven a través de los diferentes marcos teóricos de sus terapeutas, sus modos de

participación varían debido a las posiciones particulares de cada uno de ellos (Dreier, 1999).

La psicología clínica tradicional al ser establecida bajo esquemas de pensamiento heredados del modelo médico positivista, configura modos de participación que buscan déficits y patologías incluso debajo de las piedras. Este particular sistema de inteligibilidad adoptado por muchas tendencias de la psicoterapia, más específicamente las que son consideradas modernistas como el (psicoanálisis y el conductismo), conciben a los consultantes bajo la premisa de universalidad, es decir, tanto el psicoanálisis como la psicología conductista persiguen en definitiva, pese a las diferencias, el mismo objetivo: investigar analíticamente al hombre y establecer conexiones causales “patológicas”. Ambas aspiran a la validez de sus afirmaciones y conocimientos, ambas generalizan sus hallazgos clínicos o experimentales y los transfieren a la “naturaleza del hombre”.

Pero este particular relato basado en la idea mecanicista del mundo, es una construcción social más, que aplicado a las ciencias exactas ha tenido un rango de funcionalidad, debido a que ahí no existe la variable “subjetividad”. Pero también es cierto que el ser humano es complejo, único y social, por lo cual generalizarlo y abstraerlo de su contexto, más que analizarlo como parte de él, es dejar fuera elementos fundamentales de comprensión. Insertarse en este campo es dejar de tener una visión completa de él, es obtener un conocimiento que no sólo es incompleto, sino falso, ya que no es el mismo el conocimiento obtenido de una rata enjaulada, en laboratorio, fuera de sus interacciones sociales y ecológicas, que en su contexto, un ser viviente forma parte de su entorno, el cual forma parte de él.

El ser humano es único e irrepetible y no puede ser generalizable, dejar de lado la subjetividad por la universalidad, además de no contemplar la importancia que ejerce el contexto histórico social en él, es igual a analizar al ser humano como si fuera un robot. Por ello el método positivista, por más “riguroso” que sea, no ha podido ni podrá conducir a unos resultados cien por ciento “objetivamente comprobables y universales”.

Este discurso empleado a través de la historia por las teorías de la psicoterapia modernista, ha fomentado el establecimiento de criterios normativos y universales de “salud mental”, que facilitan que se encasille toda clase de infelicidad o mala conducta como patológica, fruto de la genética, la biología, las circunstancias o el pasado. Un discurso nosológico que se emplea para diagnosticar a cualquiera que entre a consulta con alguna “enfermedad o trastorno mental” que sería la causa de su problema. Por medio de estas etiquetas, se “atrapa a las personas en dinámicas de temor, preocupación, sintomatologías, y constante cuestionamiento acerca de su ‘normalidad’ o ‘anormalidad’, restringiendo sus posibilidades de actuación y mermando su despliegue de potenciales y alternativas” (Trujano & Limón, 2010, p.10).

Este lenguaje centrado en las “patologías” y el déficit en el que los clientes están “atrapados”, como anteriormente se ha mencionado, también ha sido perpetuado por el *Diagnostic and Statistical Manual DSM-V* de la Asociación Americana de Psiquiatría; y la *Clasificación Internacional de Enfermedades* en su décima revisión *CIE-10*, los cuales, por medio de sus rótulos opresivos y estigmatizantes, su generación y su segregación, incluye a las personas dentro de una multiplicidad de cuadros clínicos.

El lenguaje del déficit creó un mundo de descripciones que sólo comprende lo que está mal, lo que falta, lo que está ausente o lo que es insuficiente. Este lenguaje creó un mundo de la salud mental comparable a un agujero negro del que es muy difícil escapar, seamos clínicos, teóricos o investigadores. Al usar la metáfora del agujero negro, trato de capturar la esencia de un sistema de significados cuyas fuerzas son tan poderosas que es imposible huir de él hacia otras realidades (Goolishian, citado en Selekman, 1996, p.31).

A continuación comenzaremos un breve recorrido por dos diferentes aproximaciones psicológicas modernistas, que como se ha expuesto anteriormente, se sustentan sobre discursos patologizantes. Cada una de estas aproximaciones busca encontrar y diagnosticar la “enfermedad mental” a su manera, es por ello que se expondrán algunos de los diferentes y peculiares juegos narrativos que cada una de ellas utiliza para abordar su objeto de estudio,

y así consiguientemente poder revisar el proceso particular de co-construcción de cada realidad clínica.

Es así, que daremos inicio a nuestro recorrido por esta galería, en donde la primera sala con la que nos hemos topado lleva por nombre “psicoanálisis”, en el cual la metáfora de la partida de ajedrez inspirada por Marinoff (2000), nos ayudará a ilustrar con mayor claridad las dinámicas y juegos narrativos (modos de participación) psicoanalíticos.

Imagínese que está en plena partida de ajedrez y que acaba de efectuar un movimiento. Una psicoanalista le pregunta: «¿Qué le ha llevado a hacer este movimiento?» «Bueno, quería comerme la torre», contesta usted, sin saber adónde quiere ir a parar. Mas él seguirá haciéndole preguntas para hallar la supuesta causa psicológica de dicho movimiento, convencido de que la explicación se oculta tras la frase «Quería comerme la torre», y quizás usted termine por contarle toda la historia de su vida para satisfacer sus suposiciones. Una teoría psicológica que tuvo gran predicamento y que ahora es objeto de críticas feroces habría sugerido que su comportamiento agresivo actual “querer comerse la torre” sería fruto de alguna frustración del pasado (p.19).

Un psicoanalista le formula la pregunta: «¿Qué le ha llevado a hacer este movimiento?» Cuando usted conteste «Bueno, quería comerme la torre», él agregará: «Muy interesante. Ahora dígame qué es lo que le ha impulsado a decir que eso es lo que le ha obligado a hacer ese movimiento.» Puede que él vuelva a sonsacarle toda la historia de su vida, o por lo menos los capítulos referentes a los primeros años. Si aun así no se da por satisfecho, tal vez le proponga algunas razones que usted tenía pero de las que no era consciente, remontándose a su más tierna infancia. Una teoría psicoanalítica que sigue vigente a pesar de ser duramente criticada habría sugerido que su comportamiento posesivo “querer comerse la torre” es fruto de una inseguridad reprimida que tendría su origen en el destete (p.19).

Estos ejemplos exponen cómo, a partir del sistema interpretativo que tenga el psicoterapeuta, la terapia tendrá cierta dirección, la cual como en este caso, si la entrevista se centra en buscar en el pasado “inconsciente” de la persona, las relaciones causales que expliquen el origen de sus dificultades presentes, posiblemente se encontrará en un “deseo” o impulso “reprimido”, un

“conflicto irresuelto de la infancia”, o un “complejo de Edipo”, en sí un “mecanismo dinámico”.

Evidentemente el terapeuta, a través de sus juegos de lenguaje, co-construye con su consultante relatos, en este caso patológicos y con cierta terminología para interpretar la experiencia, ya que como menciona Bruner (2003), “mediante la narrativa construimos, reconstruimos, en cierto sentido hasta reinventarnos, nuestro ayer y nuestro mañana” (p.130). O como mencionan White y Epston (1990), que a través de las narrativas las personas dan significado a sus vidas y relaciones contando su experiencia, y en este sentido es que por medio de las narrativas utilizadas por los psicoanalistas, las personas darán un peculiar significado a sus problemas. Si el psicoanalista con base en su marco teórico considera que indagar en el pasado por un gran tiempo hasta llegar al insight permitirá solucionar el problema, los usuarios por consiguiente se apropiarán de esa idea con tal de resolver su malestar. Pero nosotros pensamos que obviamente “es mucho más saludable vivir la vida, que cavar constantemente en busca de sus raíces. Si cada día se cavara a la más resistente de las plantas, ésta jamás llegaría a prosperar, por más abono que agregara al agua de riego”. (Marinoff, 2000; p.20).

Desde el marco teórico socio construccionista, en contraste con el psicoanalítico se considera que:

El terapeuta no necesita saber mucho sobre la naturaleza de los problemas que se llevan en terapia para resolverlos. Es más importante la naturaleza de las soluciones. Lo que más importa es la llave que abre la puerta, y no la naturaleza de la cerradura. Analizar y entender la cerradura no es necesario si se tiene una ganzúa que se ajusta a muchas cerraduras diferentes (Shazer, 1985, citado en O’Hanlon & Weiner Davis, 1989, p.32).

No se debe ser consciente de la fuente o de la “verdadera” naturaleza del problema para resolverlo. Desde esta particular aproximación, saber que se tiene una caries no hace que le duela menos; el empaste es lo que le aliviará. En contraste, el relato psicoanalítico se centra en tratar las causas “más profundas”,

restando importancia a las soluciones. Este enfoque considero es sólo una “estructura lógica” que no es propia intrínsecamente al ser humano, más bien es producto de una construcción social impregnada de elementos retóricos y subjetivos, que plasman una visión muy particular para concebir y abordar las vicisitudes del ser humano.

Como hemos visto, el terapeuta influye en gran medida en las percepciones del cliente, y la evaluación psicológica funge como agente de todo cuadro clínico, ya que no vemos las cosas tal como son, las vemos tal como somos y lo que esperamos influye sobre lo que conseguimos. Si nos centramos en buscar patologías lo suficiente seguramente que las encontraremos, en cambio si nos centráramos en buscar soluciones, la psicoterapia tomaría un nuevo giro, en el cual evitaríamos fabricar dinámicas inhabitables de “enfermedad mental”.

A pesar de que hay un infinito abanico de posibilidades para narrar, abordar y solucionar las vicisitudes de la vida sin recurrir al discurso patologizador, este discurso ha predominado y se ha mantenido a su vez también por otra tradicional aproximación más, el “conductismo”, el cual considera al ser humano una especie de máquina que puede condicionarse o programarse para alcanzar el efecto deseado; basta con descubrir y emplear los estímulos adecuados. Vemos así que para esta teoría, el hombre no es sino un organismo simple que se encuentra en una relación causal estímulo-respuesta, deshumanizado, reducido al estatus de una máquina sin voluntad y sin subjetividad, determinado por el ambiente con miras a convertirse en persona cuando adquiere repertorios comportamentales que lo ubiquen en el estatus de humano (López, 2012). “Pensar que un ser humano no es más que una criatura que responde de forma controlable a unos estímulos concretos es menospreciar nuestra esencia humana. Es pasar por alto la psique, el supuesto tema de estudio de la psicología. Somos mucho más que nuestros condicionantes; la vida va más allá de una serie de “respuestas establecidas” (Marinoff, 2000, p.23).

Este particular sistema interpretativo centrado en buscar contingencias de reforzamiento que mantienen el problema de conducta, a su vez también fabrica

modos de participación estigmatizantes, ya que desde la misma entrevista y su forma de analizar la información (análisis funcional), se va construyendo la “patología” en un lenguaje de, trastornos, déficits, excesos, contingencias, parámetros temporales, etcétera. Si durante varias sesiones la entrevista se centra en buscar un desorden conductual, seguramente que se encontrará, o mejor dicho, el psicólogo basado en este marco teórico traducirá la experiencia del consultante en un trastorno de ansiedad, fobia, depresión, déficit de conducta etcétera. En definitiva, se irá encuadrando el “problema” en términos de la mirada con que se aproxime a él.

Muchos terapeutas consideran que estas ideas modernistas no son simplemente presupuestos, sino “verdades”. Nosotros las consideramos meras creencias; muchas parecen incluso supersticiones con poca evidencia empírica que las apoye. Nosotros, terapeutas, creamos a veces sin darnos cuenta profecías autocumplidoras (o tal vez, en este caso, deberían llamarse profecías “hetero-cumplidoras”). Si creemos que existe un problema profundo subyacente, puede que fomentemos su creación en el transcurso de la terapia. Si creemos que los clientes son enfermos e incapaces, tal vez empiecen a cumplir más y más nuestras expectativas. (O’Hanlon & Weiner Davis, 1989, p.42).

Con esto terminamos este breve recorrido por algunas salas dedicadas a presentar las distintas maneras tradicionales de abordar una dificultad psicológica. Podemos resumir los puntos más importantes de este apartado con la premisa de que existen “enfermedades mentales”, que son construidas por los psicoterapeutas, en función del marco teórico con que abordan las quejas del consultante. Ya que él establecerá el diagnóstico, la técnica de intervención, los modos participativos y los juegos de lenguaje. En sí en cada diferente psicoterapia se co-crean entre cliente y terapeuta maneras particulares de percibir o etiquetar un dilema humano que puede cristalizar en un problema y hacerlo crónico.

En este mismo sentido, podemos decir que “catalogar a un niño como “delincuente” o decir que sufre una “disfunción cerebral mínima, o etiquetar a un adulto como “alcohólico” o “esquizofrénico” es participar en la creación de un problema de tal forma que el cambio se hace más difícil. Un terapeuta que describe una situación familiar en términos de “una madre dominante y un padre pasivo” ha creado problemas con ello,

aunque puede pensar que solamente está identificando los problemas que se le presentan” (Haley, 1976, citado en O’ Hanlon & Weiner-Davis, 1993, p.61).

Y es que como terapeutas influimos en las percepciones y la experiencia que los consultantes tienen de su situación. Las palabras de un profesional socialmente tienen un poder tan grande, que te pueden enfermar o curar a partir de una etiqueta, la “enfermedad mental” no se descubre, sino que se construye. No es una entidad natural que siempre estuvo ahí y ahora la ciencia descubre, es una construcción social porque son personas llamadas expertas “profesionales de la salud” las que quedan autorizadas para categorizar y clasificar el comportamiento humano (Cano, 2009).

Además nos hemos dado cuenta de que no sólo se consiguen resultados diferentes con modelos y enfoques diferentes, sino que también aparecen datos distintos durante el proceso de evaluación, lo que lleva a diferentes definiciones del problema. No es posible verbalizar la experiencia sin asumir una perspectiva, y en este sentido, la psicoterapia se presenta en infinitos sabores, mundos posibles y muy singulares en psicoterapia para concebir al hombre. Es por ello, como menciona Vázquez (2011), que no existe siquiera un método “objetivo” para describir o dar a conocer los descubrimientos clínicos sin recurrir a la interpretación subjetiva, y tampoco se cuenta con una terminología uniforme y precisa que comunique exactamente lo mismo a todos. Por consiguiente, se tienen profundas divergencias en el diagnóstico, o incluso en ellos, hay un influjo continuo de nuevos términos y una nomenclatura que no deja de cambiar, así como un exceso de hipótesis que tienden a ser presentadas como hechos.

Con todo lo anterior, podemos ver que “la prueba de la verdad de los argumentos científicos, incluidos los matemáticos no puede realizarse en términos formales o mecánicos, siempre incluye un elemento no lógico, es decir, retórico, que se basa en acuerdos humanos logrados en el discurso cotidiano” (Shotter, 1989, citado en Fernández, 2003, p. 207). En el caso particular de estas estructuras lógicas de corte moderno, el elemento retórico es abordar al consultante desde una perspectiva, ahistórica y única, con una supuesta

naturaleza universal de la “patología”, sujeta a principios, los cuales presentan demasiados elementos subjetivos. Por lo cual esta “visión o perspectiva nos pudiera estar hablando de una especie de interpretación de una época y de un momento histórico en particular, y no de un supuesto "reflejo de la universalidad de la realidad psicológica” (Limón, 1997, p.7), ya que como menciona Bruner (2003), “cada cuento refleja de algún modo el punto de vista o la perspectiva o el conocimiento del mundo del narrador, es más, su "veracidad" u "objetividad", o inclusive su "integridad”” (p.34).

Asimismo Bruner (2003), nos señala que las historias se crean, no se encuentran en el mundo. Los relatos son narrados desde alguna perspectiva en especial, y existen convenciones narrativas que gobiernan el mundo de los relatos. De hecho, seguimos aferrados a esos modelos de realidad narrativos y los usamos para dar forma a nuestras experiencias cotidianas. Claramente el modelo de realidad narrativo que habitualmente se utiliza para darle forma a las vicisitudes cotidianas, está basado en un marco modernista. Este hegemónico relato patológico socialmente construido e históricamente contextualizado se ha logrado inmiscuir en el uso cotidiano de las personas por medio de su adopción después de que asisten a psicoterapia, propiciando así su anclaje en la memoria colectiva y su extensión sobre el tejido social. Este discurso también puede llegar a gobernar las formas de relacionarse entre las personas y sus posteriores explicaciones de los problemas que actualmente las aquejan.

Las relaciones humanas aparecen vinculadas a los relatos producidos socialmente (Cecchin, citado en Trujano & Limón, 2010, p.4).

Los psicólogos influyen en gran medida en el comportamiento del consultante, quien puede que responda al rol asignado por la etiqueta, y a su vez la etiqueta puede afectar las relaciones con las personas de su entorno, ya que socialmente es probable que se le trate de acuerdo a su diagnóstico, co-construyendo una profecía auto cumplida. Tal y como mencionan Worchel, Cooper, Goethals y Olson (2003), ya que cuando se tienen ciertas impresiones de la gente, probablemente actuemos de modo que estas se manifiesten, y se hace

más probable que las confirmemos. Los prejuicios y estereotipos que poseen las personas son fuente importante de determinación en relación a las expectativas. Como seres sociales estamos influenciados por las ideas, los sentimientos y las conductas por la presencia real, imaginada o implícita.

Por todo lo anterior, coincido con los autores que sostienen que esta inmensa mayoría de etiquetas diagnósticas son más el producto de un consenso de expertos observadores que responden a una visión particular del mundo, ya que en palabras de Limón (2005c), generalmente en las aproximaciones modernas, los terapeutas generan la historia (metáforas creadas por el terapeuta), transforman al mismo tiempo las historias de los clientes a una que para el terapeuta es más adaptativa, o hacen que las biografías de vida de los clientes encajen en una estructura teórica preconcebida (por ejemplo, las aproximaciones psicodinámicas). Es decir, la narrativa del cliente es destruida o incorporada, pero en ambos casos es sustituida por la narración profesional (Limón, 2005c). Por lo cual creo que sólo podemos estar hablando de diferentes versiones de la experiencia, que de “verdades absolutas”, desde nuestro marco teórico no creemos en ellas. Por ello no podemos considerar a ninguna de estas teorías como la versión privilegiada portadora del “verdadero diagnóstico”.

A mi consideración muchas de las personas lo que necesitan es un diálogo, no un diagnóstico, ya que tener dificultades, altibajos emocionales, dilemas sociales, diferencias, etcétera, es “normal” y no constituye necesariamente una “enfermedad mental”. Las personas que luchan por hallar una manera de comprender y manejarse en un mundo que cada día es más complejo no tienen por qué verse etiquetadas con un trastorno, ni mucho menos ser medicadas, cuando lo que en realidad están haciendo es avanzar por caminos consagrados a la búsqueda de una vida más satisfactoria (Marinoff,2000).

Si las dificultades están relacionadas con la identidad, los valores, la ética, o con formas de ser y pensar que no les han permitido enfrentar de manera más adecuada las dificultades que se presentan en su vida cotidiana, lo peor que puede suceder es permitir que alguien le etiquete una “enfermedad mental” y le

extienda una receta. Ninguna pastilla hará que se encuentre a sí mismo, que alcance sus metas o que sea respetuoso. Si la raíz del problema es de corte narrativo, no hallará nada en los estantes de la farmacia que le proporcione un alivio duradero (Marinoff, 2000), ni tampoco lo hallará posiblemente en las ofertas psicoterapéuticas tradicionales, ahí sólo encontrará patologías, una forma muy diferente de percibir sus dificultades.

Para el caso de la psicoterapia, se trata, a final de cuentas, de trascender la supuesta narrativa "disfuncional" para buscar navegar por otra u otras narrativas más adaptativas, esto es, ir más allá de los límites restringidos de una "realidad" que pudiera tener atrapada una "sintomatología" para escudriñar, eventualmente, en otras "realidades" que hagan innecesaria la presencia del patrón disfuncional o sintomático, pero tratando de buscar narrativas, perspectivas o realidades que en verdad sean alternativas y, por lo mismo, más adaptativas y funcionales para los contextos en los que se desenvuelve una persona, pareja o familia. (Limón, 1997, 9-10).

No existe una orientación en psicoterapia que posea la patente de verdad. Lo que existe son diferentes perspectivas que están inevitablemente enraizadas en el contexto histórico social, y por lo mismo, que están inevitablemente mediadas a través del lenguaje. Y como continúa diciendo Limón (1997), precisamente esta nueva cosmovisión es una interesante invitación para aceptar la pluralidad de los múltiples relatos, narrativas o discursos, para generar opciones más satisfactorias y estimulantes entre nosotros con los usuarios y con el conjunto de la sociedad. Es decir, una actitud que favorezca escucharnos, y una atenta invitación al diálogo respetuoso y colaborativo entre nosotros.

No deberíamos olvidar, como lo señaló Sluzki (1985), que los modelos son herramientas para pensar y, como lo menciona Robert Neuburger (1991), que el ser humano tiene la capacidad para operar desde diferentes perspectivas, desde diferentes puntos de vista, sin dejar de recordar que ya Thomas Kuhn señalaba que no mejorábamos nuestro conocimiento, sino que cambiábamos nuestra forma de ver el mundo, y que Paul Feyerabend se refería a la verdad como un asunto de perspectiva. (Limón, 1997, p.9).

Las diversas orientaciones dentro del que hacer terapéutico no son más que lentes coloreadas, y ninguna vale más que otra, sólo son diferentes. A partir de lo expuesto, hemos podido asomarnos a la manera en que la psicoterapia tradicional

es una ejecución de movimientos esterilizados, sujetos a una rutina estandarizada. En contraste, en el siguiente capítulo daremos paso a las terapias narrativas y postmodernas, un lenguaje despatologizador, liberador y repleto de posibilidades, en donde no hay diagnósticos, ni teoría acertada o errónea, sino solamente datos acerca de que es lo que funciona o es útil en casos concretos. Una propuesta totalmente diferente que no ve “enfermos mentales”, sólo consultantes, que en su inmensa mayoría sólo están “atrapados” en dificultades, dilemas, historias inhabitables, paralizantes o estigmatizadas, que perturban su abanico de posibilidades. Y en donde se evitan las etiquetas a personas y a sus relaciones, para centrarse en sus posibilidades y recursos y no en sus posibles déficits o limitaciones. Un enfoque no-normativo que hace las vicisitudes cotidianas más manejables. Un enfoque centrado en cuestionar los discursos inmersos en la patologización, y adheridos a etiquetas rígidas y paralizantes con márgenes de libertad muy estrechos. Una orientación socioconstruccionista que representa una alternativa válida frente al modelo tradicional empirista de la ciencia. Una alternativa que nos ayuda a construir una realidad que evite el sufrimiento y proporcione opciones de vida más adaptativas que, por lo mismo, pudieran llegar a ser más satisfactorias.

## **5. TERAPIAS NARRATIVAS Y POSTMODERNAS, UN LENGUAJE DESPATOLOGIZADOR, LIBERADOR Y REPLETO DE POSIBILIDADES**

El panorama anterior muestra, cómo la “realidad” es una construcción social mediada a través del lenguaje a lo largo de la historia, por tal motivo las “enfermedades mentales” constituyen a su vez, otra construcción social más, la cual es delineada, acordada y mantenida por el sistema de creencias en el cual aparece. Por lo cual toda “enfermedad mental” es relativa a sus condiciones sociohistóricas de producción, puesto que, lo que en un momento histórico de una sociedad fue considerado como “enfermedad mental” en otro momento es “normal”, como por ejemplo el caso de la homosexualidad.

Es así que durante la presente tesis he cuestionado la legitimidad de la inmensa mayoría de etiquetas nosológicas construidas socialmente, las cuales como se ha expuesto anteriormente, aunque sean solo conceptos de algunas teorías de la psicología, psiquiatría o terapias, son aceptados y promovidos como verdades absolutas por muchas instituciones, como las científicas, educativas, jurídicas, religiosas, de salubridad, de políticas públicas, de medios de comunicación, la familia misma, y en especial, por la psicología tradicional y la psiquiatría, las cuales han favorecido que en la cultura occidental la gente acostumbre plantear sus dificultades de la vida en términos de “enfermedades mentales”.

Ambas disciplinas obviamente influenciadas por una industria farmacéutica, la cual comete abusos lucrativos a través de la construcción desorbitada de nuevos títulos patológicos, respaldados por un cuestionable DSM-V, mismo que en cada nueva versión abre aún más las posibilidades de lo considerado patológico, implicando así que muy probablemente las vicisitudes de la vida cotidiana, los dilemas éticos, los problemas morales y los relacionales, sean presentados como enfermedades mentales y tal vez hasta sean medicados.

También mostramos ya la patologización de algunas formas del quehacer terapéutico, a partir de ciertas prácticas clínicas, las cuales basan sus estrategias de intervención en esquemas de pensamiento heredados de un estricto modelo médico, caracterizado por buscar patologías a partir de relaciones lineales causa efecto, además del control y predicción del comportamiento humano dentro de estándares tradicionales. Todo lo anterior, ha favorecido que en la vida cotidiana de las sociedades occidentales se adopten y normalicen estos discursos de las “enfermedades mentales”.

Sin embargo, pese a este panorama expuesto, existen nuevas propuestas alternativas, que buscan una manera diferente de acercarse al trabajo terapéutico, sin recurrir a la patologización de las personas y de sus relaciones. A estas nuevas propuestas se les ha reconocido como Terapias Narrativas o Postmodernas.

Los modelos narrativos o postmodernos, que se basan en el marco teórico del construccionismo social, se caracterizan por ser horizontales, colaborativos, heterárquicos, y trabajar a través del discurso y las narrativas, con el propósito de desarrollar en el consultante nuevas modalidades relacionales, nuevos significados y nuevas narraciones más satisfactorias habitables y funcionales. Además, se alejan del modelo médico tan característico de nuestra sociedad occidental, no les interesa conocer las causas del problema, ni predecir, ni controlar. Por el contrario, les interesa generar múltiples formas creativas y alternativas para solucionar las vicisitudes de la vida cotidiana, sin la necesidad de recurrir a las prácticas patologizadoras.

Para ir conociendo más sobre la riqueza de estas nuevas propuestas postmodernas, durante el presente capítulo daremos paso a una breve exposición de algunos de sus principales planteamientos teóricos y prácticos dentro del quehacer terapéutico.

En palabras de Trujano (2002), a partir de la segunda mitad de los años ochenta del siglo XX empezaron a emigrar a los escenarios de la psicoterapia nuevos puntos de vista socioconstruccionistas, originarios de los ámbitos de la psicología social, que gracias a la apertura que se estaba propiciando en los terapeutas familiares de corte sistémico, pudieron filtrarse, para así aportar las ideas y conceptos necesarios para formular y redimensionar nuevas tendencias o metateorías alternativas válidas frente al modelo psicoterapéutico tradicionalista, mismas que han sido genéricamente identificadas como terapias narrativas o postmodernas.

Soñamos narrando, fantaseamos narrando, enseñamos, recordamos, prevemos, esperamos, nos desesperamos, creemos, dudamos, planificamos, revisamos, criticamos, construimos, chismeamos, aprendemos, odiamos, amamos y vivimos por medio de la narrativa. (Hardy, 1977, citado en Caamaño, 2012, p.1).

Las terapias narrativas o postmodernas, identificadas ampliamente con la orientación socioconstruccionista, nos sugieren hacer más énfasis sobre las narrativas de los consultantes, ya que indiscutiblemente las narrativas constituyen nuestra vida, “es por medio de la narrativa que comprendemos y expresamos los mundos que habitamos y los que nos habitan y es también por medio de la narrativa que aprendemos y socializamos en dichos mundos” (Williams & Arciniega, 2015; p.65). Las narrativas a su vez también construyen, modifican y organizan nuestras experiencias (Anderson, 1997), ya que como menciona Bernasconi (2011), “los seres humanos otorgan sentido a sus experiencias pensándolas como historias o relatos” (p.14.) o en palabras de Brunner, 1987 (citado en Ehrhardt, 2015: p.14), “nosotros nos convertimos en las narrativas que construimos para contar nuestras vidas” es decir, vivimos nuestras propias vidas a través de textos.

Por tal motivo Limón (2012a), argumenta que los psicoterapeutas postmodernos consideran de gran importancia analizar en los consultantes los sistemas de significados que gobiernan sus experiencias, las historias de vida que los involucran, la realidad social en la que están situados, el entramado relacional

en el cual están inmersos, los juegos relacionales y de lenguaje en los que participan. Para de esta manera poder acceder al alojamiento de las historias patologizadoras que atañe a la queja, y que presumiblemente, está obstaculizando otras opciones de vida. Y así intentar trascenderlo a partir de diferentes estrategias terapéuticas, las cuales, desde esta perspectiva, van encaminadas a generar en el consultante nuevas narraciones, nuevas modalidades relacionales, nuevos significados y proyectos de vida, que a su vez, puedan llegar a promoverles un sentido diferente, más satisfactorio, libre y flexible.

Para conocer más sobre esta nueva visión despatologizadora, liberadora y repleta de posibilidades, a continuación daremos paso a la exposición de algunos de los diferentes estilos del quehacer terapéutico que sustentan su trabajo en las ideas postmodernas y narrativas con orientación socioconstruccionista.

De tal manera que podamos comprender sus aportaciones y propuestas terapéuticas, ya que como se verá, a pesar de que cada uno de ellos plantea su particular forma de trabajo, comparten a su vez, una cosmovisión postmoderna.

Nuestras vidas están constantemente entrelazadas con la narrativa, con las historias que contamos y que oímos contar, con las que soñamos o imaginamos, o con las que nos gustaría contar. Todas ellas son reelaboradas en el relato de nuestra propia vida, que nos contamos a nosotros mismos en un episódico, a veces semiconsciente, pero virtualmente ininterrumpido, monólogo. Vivimos inmersos en la narrativa, recontando y reevaluando el significado de nuestras acciones pasadas, anticipando el resultado de nuestros proyectos futuros, situándonos en la intersección de diversas historias aún inconclusas (Brooks, 1984, p.3).

Goolishian y Anderson, son pioneros en favorecer el “giro lingüístico” o “interpretativo” en la psicoterapia, estos autores basan sus ideas terapéuticas con base en la premisa de que la gente solamente vive y entiende su vida a través de realidades narrativas, construidas socialmente, que le dan sentido y organización a su experiencia. De ahí que ellos consideran al sistema terapéutico como un sistema lingüístico para generar significados alternativos, un sistema de organización y disolución del problema donde el terapeuta es un observador-

participante y un facilitador- participante que formula preguntas desde una posición de “ignorancia” o “no saber” (Anderson & Goolishian, 1992 citados en Limón, 2005b).

La postura del “no saber” asume que las explicaciones en terapia no deben estar impuestas por las experiencias previas del terapeuta, ni por su conocimiento teórico, de aquí sus consideraciones sobre la “colaboración”, y el planteamiento controvertido de que tanto los clientes como los terapeutas pueden considerarse expertos, puesto que los primeros son expertos en su propia experiencia, incluso de su dolor, sufrimiento y preocupaciones, de la misma forma que lo son con respecto a sus recuerdos, metas y responsabilidades, y los terapeutas son expertos en la creación de un clima conversacional e interactivo adecuado para el cambio y resultados en terapia. Así, desde este estilo de terapia, tanto clientes como terapeutas son compañeros en el proceso terapéutico, es decir, es un proceso de investigación colaborativa a través de la conversación, en el que dicha conversación supone una búsqueda y exploración mutua a través del diálogo, un intercambio y cruce de ideas en el que se están desarrollando continuamente nuevos significados orientados hacia la disolución del problema (Anderson & Goolishian, 1992, citados en Limón, 2005b).

En términos generales, estos autores, desean que el terapeuta se pueda ver a sí mismo como un proveedor de espacios conversacionales, donde las múltiples ideas y significados puedan construir realidades “las historias aun no contadas” y posibles soluciones a los dilemas que le aquejan. A través de la conversación, se pretende ampliar la escucha a múltiples voces que se inscriben en el proceso terapéutico, así como maximizar las posibilidades de ideas, diálogos y soluciones, de tal forma que se pueda hablar con la gente de una manera en la que aún no han logrado hablar consigo mismos (González, 1998).

Tom Andersen (citado en Limón, 2005), es considerado otro importante precursor dentro de estas nuevas perspectivas postmodernas. Por su parte, aporta una novedosa estrategia interesante al trabajo terapéutico, el “equipo reflexivo”. Para este autor cada voz tiene su propio significado, pero en concierto con las

otras voces, forma fácilmente un nuevo campo de significados diversificados, lleno de conexiones e interrelaciones inesperadas. Y así, desde estas numerosas nuevas ideas distintas, o retroalimentaciones, se genera que más fácilmente el consultante cambie alternativamente de perspectiva.

De ahí que su modelo de trabajo se caracterice por un sistema de entrevista y un equipo reflexivo. En el primero, el “sistema de entrevista” es el que conversa con las personas consultantes, siempre bajo la premisa de que las conversaciones son una fuente importante para el intercambio de descripciones y explicaciones, de definiciones y significados diferentes, mismos que podrían dar nueva luz a interpretaciones anteriores o incluso llevar a que emerjan otras (Limón, 2005b). Además, este sistema de entrevista se caracteriza por realizarse de modo heterárquico, es decir, que tanto cliente y terapeuta conversan y trabajan en conjunto, como partícipes igualmente importantes

El segundo, el “equipo reflexivo” (atrás del espejo), lo conforman los co-terapeutas que para ello, deben observar, analizar y reflexionar en silencio lo que sucede durante la sesión, sin interrumpir la conversación terapéutica o hablar entre ellos. Posteriormente, cuando son requeridos por el “sistema de entrevista”, entran al consultorio y realizan sus “reflexiones” sus “metáforas cuidadosamente seleccionadas” mirando a la cara de los otros miembros del “equipo reflexivo”, y dejando a los consultantes en libertad de escuchar o no escuchar, posteriormente, el terapeuta retoma la conversación con su consultante y analizan estas nuevas versiones o narrativas (Trujano & Limón, 2012).

Puedo entonces decir, que desde esta particular estrategia “los equipos de reflexión” permiten a los consultantes un acceso directo a las diferentes ideas del equipo, para que estas generen en ellos nuevas descripciones, nuevas comprensiones, nuevos significados, nuevos matices de palabra, y en última instancia, nuevas definiciones de ellos mismo. Esta búsqueda de nuevos significados casi siempre implica la búsqueda de un nuevo lenguaje, y equivale a tratar que el consultante sea la historia con la que más cómodo se sienta.

Gianfranco Cecchin (citado en Limón, 2005b), es un terapeuta contemporáneo, formado bajo el modelo sistémico, el cual posteriormente abandonaría para así emigrar a la perspectiva construccionista. Cecchin tiene la idea de que las relaciones humanas aparecen vinculadas a los relatos producidos socialmente, y de que las interacciones brindan las oportunidades y establecen los límites de nuestros mundos. Por tal motivo, considera importante que la terapia adquiera el sentido de demoler lentamente los relatos disfuncionales de los consultantes para avanzar hacia una nueva historia más funcional, que pudiera abrir nuevas posibilidades. Así la terapia adquiere el matiz de constructora de nuevas formas de acción y de interpretación, las cuales son construidas en colaboración.

Limón (2005b), refiere que dentro de este enfoque, el terapeuta se convierte en actor participante dentro del relato terapéutico, el cual sugiere Cecchin que sea irreverente, ya que tomar una posición irreverente en el proceso terapéutico nos invita al cuestionamiento y a la permanente curiosidad acerca de las creencias y las formas particulares de nuestras prácticas, es decir, ser ligeramente subversivo respecto a cualquier “verdad reificada”. Así, un terapeuta irreverente es tanto una estrategia como un clínico no instrumental, ya que siempre está evitando la certidumbre de las verdades últimas, y además su curiosidad es una posición terapéutica que da la oportunidad para la construcción de nuevas formas de acción e interpretación.

Por lo anterior, podemos decir entonces que el terapeuta desde esta mirada es un ejemplo de la sensibilidad postmoderna, en la cual el contexto relacional es reconocido como proveedor de las constricciones y posibilidades terapéuticas, es quien, a partir de la irreverencia y la curiosidad, brinda la oportunidad de construir una nueva posición, una nueva explicación o un nuevo relato, que generen maneras de ser viables y sostenibles que convengan las relaciones interpersonales.

Lynn Hoffman, al igual que Cecchin, se distancia del modelo sistémico, para ubicarse en la misma línea de los autores identificados con el movimiento

postmoderno y con la orientación socioconstruccionista. Considera que las teorías representan lentes que nos obligan a entender que lo "inmutable" y "eterno" puede verse de otra manera. Usa esta metáfora de los lentes, para ayudarse a ver de una manera diferente el proceso terapéutico, el cual aprecia desde tres poderosos lentes diferentes, "el primero representado por "la teoría del construccionismo social", el segundo por lo que ella denomina "una visión de segundo orden", y el tercero por el género, pero donde la teoría del construccionismo social podría ser considerada como una especie de lente de los lentes" (Limón, 2012b, p.7).

Para esta autora, los problemas son historias que las personas se cuentan a sí mismas, por lo cual promueve la idea de que la terapia debe centrarse en la actividad lingüística, ya que considera que en la conversación terapéutica es en donde se genera el desarrollo de nuevos significados, es ahí en donde el conocimiento cambia y se renueva. "En donde la conversación, y no el terapeuta, "es el autor", lo cual le permite "jugar" con diferentes formas asociativas durante el proceso, como son los relatos, las ideas, las imágenes o los sueños" (Hoffman, 1992, citado en Limón, 2005b, p.47). Se trata de una conversación terapéutica que ella identifica como "reflexiva", la cual además implica una equidad en la participación, aún cuando las partes puedan tener posiciones diferentes, y que además va orientada a los objetivos del consultante.

Podemos decir entonces que este estilo de terapia se caracteriza por el empleo de conversaciones reflexivas y de interrogatorios reflexivos, los cuales alientan a jugar con los relatos para así impulsar la creación de historias positivas y transformadoras, que conviertan lo que se experimenta como difícil en algo que contenga esperanza. Otra característica de este modelo es la preponderancia del prefijo "co" para describir una nueva conversación terapéutica ("co-autor", "co-evolución), todo esto indica una preferencia por un proceso de influencia mutua entre consultante y terapeuta, en vez de un proceso jerárquico y unidireccional. De esta manera, este enfoque cuestiona sobre todo el elevado estatus del profesional, asumiendo una posición que hace desaparecer al experto.

Las prácticas terapéuticas de Michael White y David Epsón (1993), son un ejemplo más de un movimiento narrativo postmoderno en terapia. Para estos autores, “las personas dan sentido a sus vidas y relaciones relatando su experiencia y que, al interactuar con otros en la representación de estos relatos, modelan sus propias vidas y relaciones” (p.29). Es decir, es por medio del relato que se constituye el ser, ya que para entender nuestra vida, la experiencia debe relatarse, pues este hecho es el que determina el significado que será atribuido a la experiencia. De ahí que ambos autores asumen que la experiencia de una persona es problemática cuando se sitúa en relatos inútiles, insatisfactorios y cerrados, y que estos relatos no incluyen suficientemente la experiencia vivida de la persona, se hallan en contradicción con aspectos importantes de esa experiencia vivida, o porque se la sitúa en relatos que otros tienen acerca de ella y de sus relaciones, y que estos relatos son dominantes en la medida en que no dejan espacio suficiente para la representación de los relatos preferidos por la persona.

Con base en esta idea formulada por Michael White y David Epsón (1993), su propuesta destaca dos interesantes mecanismos de intervención, uno relacionado con el uso de los medios narrativos para fines terapéuticos y otro con su idea de la externalización del problema. El primer mecanismo de intervención es fundamental para la co-generación de relatos alternativos que compitan con el “relato patológico” y con ello se pretende lograr una co-construcción diferente del problema. Y el segundo, la externalización del problema, permite a las personas separarse de los relatos dominantes que han estado dando forma a sus vidas y sus relaciones, para conseguir esta separación, estos autores formulan preguntas que favorecen una conversación más externalizadora acerca de lo que resulta problemático: “¿De qué modo está el problema afectando la vida de Juan?, ¿Cómo está interfiriendo en su relación con usted?, ¿Cómo les afecta a ustedes este problema?, etcétera. Es así que por medio de estas conversaciones externalizadoras, se insta a los consultantes a que vean al problema no como intrínseco a ellos, sino como algo que está actuando sobre ellos desde el exterior,

y así se pretende que las personas puedan experimentar nuevas posibilidades de acción.

En términos generales, la idea para estos autores es que partir de estos mecanismos de intervención los consultantes se separen de la representación de sus relatos opresivos, para que puedan habitar nuevos relatos alternativos, que les permitan experimentar un sentimiento de agencia personal. Desde esta perspectiva, la psicoterapia se convierte en un contexto para la reautoría o reescritura de las vidas y las relaciones.

Otra propuesta significativa del movimiento narrativo postmoderno en psicoterapia es la Terapia Centrada en Soluciones de William Hudson O' Hanlon y Michele Weiner-Davis (1989). Ellos nos muestran una novedosa modalidad, la cual se aparta de los diagnósticos, las explicaciones, los problemas y la patología, para centrarse en las soluciones. Las características generales dentro de esta nueva cosmovisión incluyen proyectar a la persona hacia el futuro, en donde no importa tanto cómo surgieron ni cómo se mantienen los problemas, sino ocuparse de cómo se resolverán, situar a las personas en un marco en el que sientan que disponen de las capacidades, potencialidades, fuerzas y recursos para resolver sus demandas, reorientar su atención sobre las cosas positivas, el manejo del lenguaje y de los tiempos verbales, la horizontalidad, el respeto, la reflexión, el encauzamiento del lenguaje de etiquetas rígidas y negativas hacia descripciones de acciones más flexibles, y desenterrar soluciones examinando las diferencias entre las ocasiones en que se ha producido el problema y las ocasiones en que no. Todo esto con el fin de ocuparse el terapeuta de hacer los problemas manejables y de co-crear con el cliente alternativas de vida más alentadoras (O'Hanlon & Weiner Davis; 1989).

Kenneth Gergen junto con John Kaye, proponen a la psicoterapia como construcción social del significado, ya que es dentro de la relación cliente-terapeuta en donde el significado de la experiencia se transforma, y al mismo tiempo se permite elaborar y negociar formas alternativas de interpretar la experiencia. Por lo cual se inclinan a la idea de que la psicoterapia debe servir

para favorecer la generación y la exploración creativa de los múltiples significados posibles a través del diálogo. Además consideran que no es necesario buscar una historia estática o definitiva para el consultante, por esto, desde ambos autores, se contempla la importancia del diálogo entre múltiples perspectivas, con la oportunidad de coexistencia entre ellas (Limón, 2012b).

En este sentido la psicoterapia, para estos autores, es un proceso en el cual se re-construyen significados dentro de un contexto colaborativo y cooperativo, en donde el terapeuta deja a un lado el papel hegemónico, y el discurso diagnóstico, y da paso a escuchar y tomar en cuenta el discurso del consultante, adoptando ambos un papel activo. Es dentro de este contexto que se pretende liberar a los consultantes de las creencias tiránicas, para así dar un giro interpretativo a las historias aún no contadas, y a su vez, generar que estas historias no se congelen, sino, por el contrario, que se llegue a adquirir la conciencia de que se trata de un proceso continuo que nunca termina (Trujano, & Limón, 2012).

Otras aportaciones que poseen una gran riqueza interpretativa dentro de las terapias postmodernas con orientación construccionistas son las de Sheila McNamee, que al igual que Gergen y Kaye, ve a la terapia como un medio para la construcción relacional de los significados, y se centra en la provisión de recursos sustentables para la construcción de realidades relacionales del potencial y la posibilidad (McNamee, 2003). Dora Schmitman y Saúl Fuks, y su terapia como una práctica social que ofrece a familias, parejas, personas o comunidades, una oportunidad para involucrarse activamente en la construcción y diseño de su propia realidad existencial. Y es allí en donde emerge la capacidad de mover coordenadas, de explorar cualidades impensadas y de una ecología de lo virtual, de lo posible (Fried & Fuks, 1994). Están las que se han centrado en la multiplicidad del self, como la de Tomm (1999), quien ha desarrollado la "entrevista del otro internalizado", donde conversa con la voz de otra persona dentro de su cliente. Penn y Frankfurt (1994), de una manera más general alientan la "multiplicidad en la narrativa", cuando sus clientes tienen monólogos muy

restrictivos. Penn (1998), también está experimentando con "voces imaginarias". De igual manera, Freedman, y Combs (citados en Limón, 1999), con sus estrategias terapéuticas que buscan la posibilidad de desprender a los consultantes de sus historias insatisfactorias, a partir de ponerle un nombre al estilo de vida anterior del consultante, y de esta forma y de manera conjunta, se busca una categoría que permita separar el "pasado infeliz" y con ello, diferenciarlo claramente del nuevo proyecto de vida más optimista. Y Friedman (2001), quien a partir de una actitud ingenua, inquisitiva, curiosa y abierta, busca entrar en conversaciones que cuestionen el papel limitante del texto o relato de vida recibido, a fin de posibilitar, e incluso hacer inevitable el surgimiento de visiones alternativas en el consultante.

El predominio teórico o conceptual de estas psicoterapias está basado en la hermenéutica filosófica contemporánea y el construccionismo social, que como se ha expuesto anteriormente, plantean que la "realidad" es una construcción social mediada por el lenguaje. Teniendo esta idea presente, estas nuevas perspectivas proponen que la psicoterapia sea un espacio en donde tanto psicoterapeuta como consultante co-construyan a través del diálogo un nuevo sistema de inteligibilidad alternativo, que permita al consultante la re-conceptualización de su "realidad" a una más satisfactoria.

Con base en la revisión de los planteamientos, aportaciones y estilos terapéuticos de estos autores, y al margen de las diferencias y particularidades, podríamos considerar en el ámbito de las terapias narrativas construccionistas la existencia de algunos tópicos interesantes, que de alguna manera han delimitado las diferentes propuestas y formas de trabajo dentro de esta nueva tendencia.

El primero es que esta nueva visión postmoderna de hacer terapia, tiende a centrarse en las historias generadas por los consultantes, ya que generalmente la queja tiende a ser una historia. Es por ello que desde esta perspectiva, los terapeutas usualmente empiezan explorando la comprensión de las historias del cliente acerca de sus problemas o preocupaciones, en lugar de explorar si el

cliente encaja con las teorías del terapeuta acerca de la naturaleza de los problemas psicológicos, las categorías, diagnósticos, y sus teorías del cambio.

El segundo es que desde estas terapias narrativas construccionistas, para trascender los discursos paralizantes, es necesario la relativización de la historia construida en torno a la experiencia del consultante, ya que como menciona Trujano (2002):

Las narrativas de los consultantes que nos cuentan no son historias “falsas” ni “verdaderas”, sino construcciones sociales como muchas otras, lo cual relativiza nuestras concepciones previas y nos invita a aceptar la viabilidad de los “múltiples relatos”, sin pensar que ninguno sea “el discurso privilegiado” y aceptado, pero sobre todo, la “veracidad” de las múltiples perspectivas posibles (p.11-12).

En palabras de la autora, se trata de un procedimiento que propone, entre otras cosas, normalizar la pluralidad de los relatos, fomentar la aceptación de que no es necesario adherirnos a una historia invariante, como tampoco es necesario buscar una historia definitiva para las personas que asisten a psicoterapia, es decir, alienta a las personas a ampliar sus márgenes de libertad.

Otro tópico desde la terapia narrativa construccionista para trascender el alojamiento de estas narrativas disfuncionales, es a través del lenguaje reflexivo, el cual tiene la facultad de reconstruir la resonancia interior de las palabras y así promover la resignificación, la cual propicia muchas formas diferentes de contar, pensar y sentir las vicisitudes humanas. A su vez, este lenguaje nos permite la exploración de las “historias aún no contadas” permitiendo así trascender los propios límites de un discurso inhabitable. Es así que puedo decir que el rol del terapeuta narrativo postmoderno es hacer preguntas que gatillen en el sistema de significados del consultante reflexiones alternativas, y que estas explicaciones alternativas, permitan ver lo que le está ocurriendo desde una óptica diferente; una óptica que no incluya en su explicación dolor, sufrimiento, o molestia, la que posiblemente los motivó a consultar.

Otro punto característico de estas terapias postmodernas con orientación socioconstruccionista, es asumir una postura horizontal en terapia ya que tanto

consultantes como terapeutas pueden considerarse como expertos, el terapeuta es experto en la creación de un espacio conversacional para el cambio, y los consultantes son los expertos en su propia experiencia. Además, al asumir una posición horizontal se genera la eliminación de la jerarquía, y así, tanto terapeuta como consultante pueden tomar un lugar activo para que sea el propio cliente quien transforme su historia y re-construya el relato de vida que le permita un estilo de vida más satisfactorio y promisorio para él mismo. Es así que bajo esta postura postmoderna, el cliente es el autor principal, y el terapeuta, podríamos decir que funge como un co-autor durante todo este proceso de reescritura.

La psicoterapia entonces desde esta perspectiva postmoderna construccionista se convierte en un medio colaborativo para generar nuevas historias más satisfactorias, soluciones, posibilidades, habilidades y herramientas para el multi-ser de las personas, mismas que les permitan poder “flotar en un mar de posibilidades y alternativas” (Gergen, 1998, citado en Limón, 2005, p.81), es decir, enfrentar los problemas de la vida. En contraste con las aproximaciones de corte modernista que se centran en buscar patologías, déficits, trastornos, traumas, disfunciones etcétera.

Otro asunto a considerar en el ámbito de las terapias postmodernas, es la existencia de otras estrategias teóricas para abordar la queja de los consultantes que no se sustentan en el construccionismo social, pero de igual forma, a partir de sus modos de participación con el consultante, evitan la patologización, algunas de ellas incluyen: modalidades basadas en la terapia gestalt, como la terapia de contacto, en la cual lo esencial se basa en el contacto personalizado, y se centra en buscar el desarrollo personal, de formación y de apertura del potencial humano (Ginger, 1993).

Algunas posturas humanistas centradas en generar en la psicoterapia un clima de confianza, comprensión, autenticidad, empatía y aceptación, que promueva el desarrollo personal del consultante y así pueda llegar a la autorrealización (Rogers, 1997).

Las que a través de un enfoque sociocultural se centran en trabajar con las historias de vida verbales o escritas de los consultantes, para que a partir de la coherencia, credibilidad y reconciliación generada a partir del trabajo con la historia, se pueda alcanzar la autoconciencia (González, 2011).

Otras ponen énfasis en trabajar con las respuestas de las influencias medioambientales (Drier, 2011).

O las que buscan restablecer el equilibrio de los consultantes través de las terapias de acupuntura, bioenergéticas, meditación Zen, Kyudo, constelaciones familiares, Tai chi, ki gong, yoga kundalini, temascal y 4 y 5 paso (López, 2013), entre otras. Cabe señalar que no puedo generalizar perspectivas, ya que dentro de cada una de ellas existe toda una gama de diferentes miradas para el abordaje terapéutico, y algunas de ellas incorporan tanto ideas modernas como postmodernas, por lo cual dentro de algunas puede haber tendencias a utilizar como herramienta psicoterapéutica el discurso patologizador.

Una vez que hemos dado un paseo por el largo camino de estas alternativas modalidades postmodernas de la psicoterapia, podemos apreciar que nos invitan a dar un “giro interpretativo” (como dice Limón, 2005b), para abordar las vicisitudes de la vida cotidiana sin recurrir a la patologización de las personas y sus relaciones. Estas propuestas postmodernas y socioconstruccionistas a su vez, nos alejan del panorama de la psicoterapia de corte moderno, que como se ha mencionado anteriormente, se caracteriza por emplear un discurso médico centrado en buscar patologías, medicalizar los problemas de la vida y construir dinámicas de enfermedad mental. En contraste estas terapias no normativas nos brindan “medicina” narrativa, más que psicotrópica, es decir, nos proveen de otras maneras más satisfactorias de habitar el espacio y el cuerpo, de entender al mundo y a uno mismo.

Con todo lo anterior, puedo decir que estas nuevas visiones postmodernas enriquecidas desde sus diferentes exponentes, nos invitan a concebir nuestra vida cotidiana desde una mirada diferente, en la cual podemos

cuestionar, modificar y ampliar nuestros límites personales y culturales, para así involucrarnos activamente en la construcción y diseño de una vida más satisfactoria. Además, desde estas nuevas perspectivas se respeta la diversidad de los discursos, ya que todo es una construcción social, hasta mi construcción social de que todo es una construcción social, es por ello que considero a la psicoterapia como si fuera una pintura artística, que en un principio es un lienzo en blanco y conforme se empieza a pincelar en él, se van plasmando filosofías de vida, corrientes de pensamiento, un matiz cultural, un momento histórico, técnicas, deseos, estilos, técnicas, emociones, intenciones, fuerza interpretativa y un sinnúmero de manifestaciones relacionadas con los sistemas de significados del terapeuta. Por lo cual tomo una posición que respeta la pluralidad de los discursos terapéuticos, ya que más allá de ver una terapia portadora de la verdad, veo sólo filosofías de vida para el arte de vivir.

Dentro de todas estas perspectivas postmodernas mencionadas, existe un acercamiento alternativo muy creativo, que desde mi particular punto de vista nos brinda una riqueza teórica y práctica, alejada de las dinámicas de enfermedad mental durante el quehacer terapéutico. Se trata de la Terapia Centrada en Soluciones, desde la mirada de William Hudson O' Hanlon y Michele Weiner-Davis. Por tal motivo, he considerado abordar en el siguiente capítulo a detalle sus fundamentos, las características generales, y también la relevancia de esta interesante propuesta. Para poder así presentarla como una solución alternativa en donde es posible alejarse de las llamadas "enfermedades mentales".

## **6. LA TERAPIA CENTRADA EN SOLUCIONES. UNA MIRADA CONSTRUCTIVA COMO ALTERNATIVA A LA PATOLOGIZACIÓN**

El cambio se produce por medio del lenguaje cuando el reconocimiento de las excepciones y de los puntos fuertes existentes y potenciales da origen a nuevas acciones (Lipchik, 2004, p.46).

Dentro de los modelos narrativos o postmodernos la Terapia Centrada en Soluciones es un acercamiento que, en palabras de William Hudson O' Hanlon y Michele Weiner-Davis (1989), se aparta de los déficits y las "patologías", evita el control y predicción de la conducta y abandona las explicaciones mediante causa y efecto, ya que es una orientación hacia el futuro que no pone el acento en cómo surgieron los problemas ni incluso cómo se mantienen, sino que se ocupa de cómo se solucionarán. Ya que en palabras de Beyebach (1999), desde esta propuesta se postula que las soluciones no tienen que ver necesariamente con el problema, ya que problema y solución son categorías discontinuas, es decir, dos personas que acuden a terapia con una queja similar, pueden generar soluciones muy diferentes al final de la terapia. Y a la inversa, puede haber soluciones muy similares para casos muy distintos. Además, tener conocimiento de la causa no brinda necesariamente la solución a la queja. Por tanto, evitar una exploración de los orígenes de la queja, brinda un atajo que genera una forma más humana y menos costosa tanto temporal, económica y emocionalmente de ayudar a la gente que el antiguo hincapié en los déficits.

Por lo cual, la Terapia Centrada en Soluciones, desde la mirada de William Hudson O'Hanlon y Michele Weiner-Davis (1989), nos propone centrarnos en buscar soluciones satisfactorias y propuestas alternativas, a partir acceder a las fuerzas, herramientas, excepciones, recursos y capacidades de los consultantes. Así la tarea del terapeuta es acceder a estos recursos y lograr que sean utilizados para la construcción conjunta de soluciones. Además, centrarnos en las soluciones es conocer lo que los clientes hacen y les da buenos resultados, es analizar qué es diferente en los momentos en que los problemas que los clientes

llevan a terapia no ocurren, es decir, enfatizar en la búsqueda de “excepciones”, ya que en la excepción está la solución. Es así que desde este modelo, el “problema” es considerado el intento de solución, es decir, los problemas se desarrollan cuando se intenta resolver de manera equivocada las dificultades de la vida cotidiana y, después del fracaso, se aplica una dosis más elevada de la misma solución ineficaz: “más de lo mismo”. La persistencia en la solución intentada ineficazmente lleva al agravamiento y al mantenimiento del problema. Por tanto, la tarea del terapeuta Centrado en Soluciones consiste en despejar el terreno delante de ellos para ayudarles a conducir su pensar, sentir, y actuar hacia los objetivos y las soluciones, mismas que los propios clientes cuentan, ya que ellos son los expertos en resolver sus problemas, son los expertos en su vida, pero a menudo, los clientes abrumados por las dificultades de la vida tienden a olvidar. (O’Hanlon & Weiner Davis, 1989).

Expresado en términos de (Erickson, citado en O’Hanlon & Weiner Davis, 1989), los clientes tienen en ellos mismos o dentro de sus sistemas sociales los recursos necesarios para solucionar sus dificultades. Así, el cometido del terapeuta desde esta perspectiva es acceder a estos recursos y ayudar a los clientes a usarlos en las áreas apropiadas de sus vidas, es decir, la terapia debe ser ajustada para satisfacer los estilos y la idiosincrasia de cada cliente. Erickson contaba una historia para ilustrar este enfoque de la utilización.

Cuando estudiaba en el instituto, solía pronunciar mal unas pocas palabras. Una de ellas era gobierno, que él pronunciaba "gobieno". Su profesora de debate intentó en vano hacerle oír y reproducir la pronunciación correcta. Finalmente, dio por casualidad con un método que funcionó. Escribió en la pizarra el nombre de uno de los compañeros de Erickson, "Javier". Erickson pudo pronunciar el nombre con facilidad. Luego combinó el nombre con gobierno, "gojavierno". De nuevo esto estaba dentro de las posibilidades de Erickson. Finalmente, hizo que dejara la "ja". Erickson se dio cuenta de pronto de cómo pronunciar la palabra correctamente (Rossi, 1980, citado en O’Hanlon & Weiner Davis, 1989, p.27).

Otro presupuesto de que parte esta cosmovisión es que se trabaja con las construcciones de los clientes, ya que desde esta perspectiva, se entienden las dificultades de los clientes como construidas en el lenguaje. Esto no quiere decir que sólo se trate de lenguaje sin implicar la acción, ya que se parte del supuesto de que los problemas de los clientes tienen que ver con conductas generadas a partir de su visión del mundo (De Shazer, 1995, citado en Tarragona, 2006). Por tanto, durante la terapia, el terapeuta trabaja con los significados que los consultantes han establecido en torno al problema y a través de un proceso lingüístico colaborativo, fomenta, desarrolla y negocia alternativos relatos centrados en soluciones que sustituyan al lenguaje centrado en los problemas en el que los clientes están atrapados.

A continuación presentaré un ejemplo de deconstrucción de significados en torno al origen del problema, realizado en un caso de tartamudez por (Rodríguez & Beyebach, 1994, p. 271-272) desde la terapia centrada en soluciones.

- T. Así que usted piensa que tartamudea porque algo funciona mal en su cerebro.  
 C. No encuentro otra explicación.  
 T. Parece lógico pensarlo ya que su padre también tartamudeaba.  
 C. Eso es lo que hace que esté convencido de que lo mío es heredado.  
 T. Sin embargo, usted dice que el tartamudeo no es siempre el mismo ¿no es cierto?  
 C. Sí, hay veces que me bloqueo mucho menos, aunque como ya le he dicho no sé con qué puede estar relacionado.  
 T. Es curioso que si usted tiene un trastorno cerebral, se manifieste en unas ocasiones sí y en otras no.  
 C. Yo tampoco lo entiendo, y le aseguro que he pensado muchas veces en ello.  
 T. Me lo imagino. ¿Ha encontrado algo que puedan tener en común las situaciones en que tartamudea menos?  
 C. Sé que tartamudeo más cuando estoy nervioso.  
 T. ¿Qué relación puede tener eso con un posible daño de su cerebro?  
 C. No lo sé.  
 T. ¿Hay situaciones en que está completamente calmado y no tartamudea?  
 C. Creo que no he conseguido nunca hablar completamente bien.  
 T. Ya, ¿y cuando habla solo, por ejemplo?  
 C. Sí, hablando solo las cosas salen a la perfección.  
 T. ¿A la perfección? (enfaticando la pregunta).  
 C. Sí, a la perfección.

T. Me sigue pareciendo curioso. ¿Qué puede suceder con el “trastorno cerebral” en esos casos?

C. Pues no lo sé, tal vez...

T. Por lo que yo sé hablando solo intervienen los mismos órganos cerebrales y fonatorios que cuando habla con más gente.

C. Claro..., claro.

T. Hmm.

C. A lo mejor todo tiene que ver con que me ponga o no nervioso.

T. Es posible, ¿qué hace que usted se ponga nervioso?.

Además, este alternativo enfoque en contraste con el tradicional, asume una posición horizontal y elimina las jerarquías, ya que como se mencionó, tanto terapeuta como consultante, a partir de un proceso colaborativo, co-construyen nuevas realidades que atienden la queja del consultante, alejadas de las dinámicas de “enfermedad mental”. Por tal motivo Beyebach (2013), nos menciona que el terapeuta es experto en la creación de un espacio conversacional para buscar soluciones, pero a su vez tiene la posición de un “terapeuta que no sabe todavía” o incluso la de un “terapeuta estúpido”, que considera que los expertos en su propia vida son los consultantes.

Otra característica de esta perspectiva es que se aleja del discurso de la verdad, para pasar a la relativización, la cual nos invita a aceptar la “veracidad” y legitimidad de los múltiples discursos. Es por ello que desde su intervención psicoterapéutica no hay diagnósticos correctos o incorrectos, sino solamente datos acerca de qué es lo que funciona o es útil en casos concretos. Por tanto se rechaza la idea del normativismo, y en su lugar se intenta respetar al máximo la idiosincrasia de los clientes.

Otro de los presupuestos teóricos de la Terapia Centrada en Soluciones, es que los clientes definen los objetivos posibles en terapia, pues el terapeuta coloca al cliente en el asiento del conductor, y despeja constantemente el terreno hacia donde ellos quieren llegar. A su vez, el terapeuta respeta la pluralidad de cada objetivo, ya que desde esta perspectiva no creemos que haya una única forma “correcta o “válida” de vivir la propia vida, ya que “lo que en una familia o

para una persona es una conducta inaceptable, resulta deseable para otra” (O’Hanlon & Weiner Davis, 1989, p.54).

Otra distinción de esta forma de trabajo, es que la evaluación funge como intervención, no hay diagnósticos, ya que dentro del proceso de la entrevista ya se está trabajando con la queja, es decir, mediante el uso de diversas técnicas de entrevista centradas en las soluciones, por ejemplo, a través de las preguntas reflexivas, constructivas o presuposicionales, los clientes pueden experimentar, en el transcurso de la sesión, cambios importantes en la forma de ver su situación. De esta manera desde la primera sesión ya se está interviniendo en la queja (O’Hanlon & Weiner Davis, 1989).

El manejo del lenguaje y de los tiempos verbales dentro del quehacer terapéutico, es otra estrategia de la terapia centrada en soluciones para facilitar el cambio, ya que “el lenguaje ofrece la posibilidad de reificar, solidificar y cuestionar puntos de la realidad, así como también se puede usar como instrumento para cuestionar certezas inútiles” (O’Hanlon & Weiner Davis, 1989, p.71) que hasta entonces adoptábamos como propias y que nos causaban cierto conflicto. También los mismos autores nos mencionan que el lenguaje va a tener como finalidad producir cambios en la percepción y en la conducta. Así, a través del manejo del lenguaje por medio de la utilización de presuposiciones, las cuales son formas de hablar que presuponen algo sin afirmarlo directamente, las metáforas basadas en el trabajo y las aficiones del consultante, el adaptarse al lenguaje del cliente y a su vez la modalidad sensorial del cliente, el encauzamiento del lenguaje, es decir modificar gradualmente el rótulo utilizado para describir la situación que constituye una dificultad, ya que resulta mucho más fácil manejar acciones que características y el manejo de la utilización cuidadosa de los tiempos verbales, es posible crear una realidad en la que el problema está en el pasado y existen posibilidades para el presente y el futuro. Se puede en palabras de Trujano y Limón (2012), “referirse a la situación problemática como un “periodo transitorio” en su vida, o a una “crisis” como una oportunidad para crecer y reflexionar acerca de sus opciones, alivia a las personas y favorece actitudes más positivas” (p.18).

Cabe señalar que todos estos presupuestos nacen de la idea construccionista, de que la “realidad” está influenciada por el lenguaje que hablamos, las palabras que usamos, y las visiones del mundo que compartimos y que están reflejadas en esas palabras. Teniendo esto presente, dicho en palabras de William Hudson O’ Hanlon y Michele Weiner-Davis (1989), “la terapia es como una pequeña cultura o sociedad en la sesión” (p.67). Por tanto, los terapeutas y clientes co-crean realidades. Es muy interesante cómo, a partir de la manera en que se maneja el lenguaje en esta cosmovisión sin recurrir a las “enfermedades mentales”, se puedan resolver las quejas de los consultantes en tan poco tiempo. Ya que debido a sus presupuestos tanto como a sus estrategias de intervención, la terapia centrada en soluciones favorece que la duración de la terapia varíe, pero generalmente es inferior a las diez sesiones.

Ya expuesto el conjunto de presupuestos que conforman la terapia centrada en soluciones, podría decir que nos brinda una forma creativa, alternativa, eficaz y respetuosa de ayudar a las personas a resolver los dilemas por los que acuden a la terapia, alejándose de la manera tradicional, la cual implica genera un costo mayor y a su vez dinámicas nosológicas.

A partir de presentar los presupuestos teóricos de la terapia centrada en soluciones, daré paso a una visión general acerca de cómo se constituye habitualmente el diseño de intervenciones centradas en las soluciones.

La mayoría de nuestros éxitos terapéuticos se puede atribuir a las fases iniciales de la psicoterapia...Como en el ajedrez, el juego se gana o se pierde en la apertura (Rabkin, citado en O’Hanlon & Weiner Davis, 1989, p.94).

En la Terapia Centrada en Soluciones, el terapeuta, desde el comienzo de la primera sesión, emplea el lenguaje con mucho cuidado y evita abrir la sesión con la pregunta ¿Cuál es el problema en el que puedo ayudarte?, ya que esto implica presuponer que existe un problema, y la tarea del terapeuta es no dejar espacio al problema, por tanto emplea preguntas como ¿Qué te trae por aquí?, ya que de esta manera se evita presuponer la existencia de un problema. Es así que

todas las primeras sesiones se empiezan con la premisa de negociar una realidad terapéutica que haga desaparecer la idea de que hay un problema (O'Hanlon & Weiner Davis, 1989).

Tras una muy breve exposición de la queja, el terapeuta debe de tener claro desde el comienzo cuáles son los objetivos del cliente. Y para conocer éstos puede emplear la pregunta básica del milagro "Supón que una noche, mientras duermes, hubiera un milagro y este problema se resolvería ¿Cómo te darías cuenta? ¿Qué sería diferente?" (De Shazer, 1988, citado en O'Hanlon & Weiner Davis, 1989, p.35). Esta pregunta nos brinda directrices e informaciones concretas para ayudar al cliente a encaminarse hacia un futuro más satisfactorio y a su vez también describe la solución a la cual se quiere llegar. Un aspecto importante de la definición de objetivos es que estos tienen que ser concretos. Si al preguntar al consultante responde por ejemplo "Tener mayor paz espiritual", podríamos decir que es un objetivo vago, de tal manera que el terapeuta puede responder. "De acuerdo"; ¿Qué cosas diferentes harás cuando tengas mayor paz espiritual? Esta formulación de la pregunta nos proporcionará respuestas de acciones concretas y observables.

Una vez que los clientes han descrito cuál sería su objetivo, el siguiente paso es hacer una serie de preguntas diseñadas para extraer información sobre las excepciones al problema: las ocasiones en que las cosas van bien, las soluciones anteriores al problema actual, y las fuerzas y los recursos de la persona. La forma de recabar información es a través de preguntas formuladas en términos de certezas, por ejemplo, se podría empezar con la pregunta ¿Qué es diferente en las ocasiones en que tienes mayor paz espiritual?. Aquí se exploran todas y cada una de las diferencias existentes entre los momentos problemáticos y los no problemáticos. Al indagar sobre las excepciones al problema se ofrece una tremenda cantidad de información acerca de lo que se necesita para resolver el problema. "Se pueden desenterrar las soluciones examinando las diferencias en que se ha producido el problema y las ocasiones en que no" (O'Hanlon & Weiner Davis, 1989, p.95). Además, al preguntar sobre las excepciones, no solo está el

terapeuta intentando redirigir la atención de los consultantes hacia lo que ya funciona, sino también orientándoles respecto a lo que nosotros pensamos que es importante saber y sobre qué es importante hablar en terapia” (O’Hanlon & Weiner Davis, 1989, p.96). Cuando los clientes insisten en que nunca hay momentos en los que no se produce el problema, el terapeuta busca las excepciones en forma similar pero relacionada, encontrando lo mejor dentro de lo malo, por ejemplo, ¿Cuándo es menos grave, frecuente, o de menor duración?.

Una vez que el consultante ha descrito una excepción, por pequeña que sea, se pregunta ¿Cómo conseguiste que sucediera?, al efectuar esta pregunta obtenemos información detallada sobre lo que le ha funcionado y puede hacer de nuevo para superar su queja. Siguiendo esta línea de preguntas, una vez que los consultantes han identificado soluciones en el pasado sería conveniente hacer un paréntesis diciendo “Bueno, con todo esto que me acabas de decir ¿Qué crees que tendrías que hacer para conseguir que eso sucediera de nuevo? o ¿Cuál consideras que será el primer paso que tienes que dar para volver a conseguir que eso suceda de nuevo?. Con estas preguntas se está recordando a los consultantes lo que funcionó en su día y repetirlo.

Si los consultantes no describen excepciones, o no contestan a las preguntas orientadas a futuro, la siguiente línea es obtener información detallada sobre los marcos de referencia en los que los consultantes sitúan su problema, para sugerir un pequeño cambio que a su vez, pueda dar lugar a una diferencia significativa. También se le puede preguntar al consultante ¿Por qué las cosas no están peor?, ¿Qué es lo que usted y otras personas están haciendo para que la situación no empeore?. Una vez que los consultantes respondan con algunas excepciones específicas, el terapeuta cambia nuevamente de táctica, pues amplía las estrategias que están usando los clientes para solucionar el problema y les pregunta ¿Qué tendrían que seguir haciendo para lograr que eso ocurra más a menudo?, y si esta línea parece llevar más información hacia las excepciones, se abandonará la investigación centrada en los problemas (O’Hanlon & Weiner Davis, 1989).

Otro aspecto a considerar durante la entrevista de la Terapia Centrada en Soluciones, es que no hay una regla fija sobre el orden de las preguntas, conforme va transcurriendo la consulta, el terapeuta debe de irse ajustando a la idiosincrasia de los consultantes "la montaña te enseñara cómo escalarla", y sobre todo, ser creativos y aprovechar al máximo todos los recursos con los que cuentan.

Un componente que durante la entrevista no se debe de perder de vista es la precisión del lenguaje, no dejar de emplear las presuposiciones, y plantear las preguntas en términos de que el cambio es inevitable por ejemplo ¿Qué será diferente en tu vida cuando la terapia tenga éxito?. También emplear inicialmente las palabras que usan los consultantes es una forma de unirte a ellos y establecer rapport (Erickson, citado en O'Hanlon & Weiner Davis, 1989). Otra forma de adaptarse al lenguaje del consultante consiste en usar metáforas. Por ejemplo, si un consultante aficionado a los automóviles, tras haber logrado muchos cambios, dice "Las cosas van mucho mejor ahora, pero preveo un camino tortuoso en el camino". Se puede responder "Aunque estamos de acuerdo en que podría haber un camino tortuoso más adelante, estamos convencidos de que ahora tienes un coche con tracción en las cuatro ruedas para recorrerlo". "Saber algo acerca del trabajo o las aficiones de la gente también puede resultar muy útil a la hora de desarrollar metáforas" (O'Hanlon & Weiner Davis, 1989, p.75).

Encauzar el lenguaje del consultante es una herramienta más de esta perspectiva muy útil para alejarse gradualmente de las etiquetas fijas y negativas, y llevar éstas hacia descripciones de acciones que se encuentran en el lenguaje cotidiano. Además, el pasar de etiquetas fijas a descripciones de acciones tiene el efecto despatologizador o normalizador de las situaciones de los clientes, por ejemplo:

A una madre que comenta que su hijo es "fóbico a la escuela" podríamos responderle: "Así que últimamente Steve no ha estado yendo a la escuela", o, "Steve ha estado creándose dificultades a la hora de ir a la escuela". A una persona que come en exceso y que afirma tener un "trastorno alimentario" podríamos decirle: "Así que a veces comes demasiado" (O'Hanlon & Weiner Davis, 1989; p.79).

Otro ejemplo en el caso de consultantes adolescentes “deprimidos” es que se pueden empezar a cambiar sutilmente las percepciones al preguntar ¿Cómo puedes distinguir entre la depresión y los cambios normales de los adolescentes? o a un “acumulador compulsivo”, podemos preguntarle la diferencia con ser coleccionista, pues en efecto estamos introduciendo la duda en creencias que no son esencialmente útiles. Cuando los terapeutas encauzan el lenguaje, a su vez normalizan las dificultades que los consultantes traen a terapia, los consultantes parecen aliviados. Existe un gran efecto tranquilizador en que el “experto” parezca imperturbable ante la descripción del problema (O’Hanlon & Weiner Davis, 1989).

Otra manera más de encauzar el lenguaje es utilizando cuidadosamente los tiempos verbales, esto puede crear una realidad en la que el problema está en el pasado y existen posibilidades para el futuro. Esto se consigue, en palabras de Trujano y Limón (2012), cuando el terapeuta empieza a cambiar las palabras y los significados adoptando primero el tiempo presente que usa la persona para su problema, y pasar luego al tiempo pasado, incluso en la primera sesión. Con esta estrategia la queja se sitúa en el pasado, y las posibilidades de cambio se ubican en el presente y futuro. Otra característica es el uso de la palabra “todavía”, como cuando el terapeuta dice “aunque las cosas “todavía” no van estupendamente, están evolucionando ciertamente en la dirección correcta” lo que habla de la proximidad de alcanzar el objetivo. Asimismo, se demuestra confianza en ello cuando se hacen preguntas en términos definitivos, refiriéndose al éxito de la intervención: ¿qué será diferente en su vida cuando se lleven mejor?. Y en términos de posibilidades para cuestionar las certezas poco útiles (en términos de funcionalidad), para llevar a la reflexión, o para hacer sugerencias: ¿qué piensas que pasaría si probaras hablar con el/ella? (Trujano & Limón, 2012).

Otra de las directrices propuesta por William Hudson O’ Hanlon y Michele Weiner-Davis (1989), que no se debe de perder durante la entrevista de la terapia centrada en soluciones, es hacer prescripciones para el cambio, es decir, centrarse en cambiar la “forma de actuar” en la situación percibida como problemática, ya que para obtener resultados diferentes hay que hacer cosas

diferentes, por tanto el terapeuta puede iniciar el cambio proponiendo otras acciones, atípicas, que tengan más probabilidad de resolver el problema que la repetición de pautas sin éxito. A su vez, también cambiar la “forma de ver” la situación percibida como problemática, favorece a que los consultantes puedan trasladar estos nuevos marcos de referencia a cambios en las acciones y a la estimulación de potencialidades y recursos no utilizados. El terapeuta no debe perder de vista el evocar recursos soluciones y capacidades que se puedan aplicar a la situación que se percibe como problemática (O’Hanlon & Weiner Davis, 1989).

Otra forma de que el terapeuta promueva el cambio es a través de la intervención sobre el patrón de la queja, ya que muchas veces sólo es necesario un cambio pequeño en una parte de la vida de la persona para producir un efecto de onda expansiva en otras aéreas. Así, modificar el desarrollo de la queja altera el contexto y a menudo la queja desaparece, gradualmente o forma abrupta (O’Hanlon & Weiner Davis, 1989). En la siguiente lista se resumen las clases de intervenciones que se pueden usar en este campo.

1. Cambiar la frecuencia o tasa de la queja.
2. Cambiar el tiempo de ejecución de la queja.
3. Cambiar la duración de la queja.
4. Cambiar el lugar en el que se produce la queja.
5. Añadir (al menos) un elemento nuevo al patrón de queja.
6. Cambiar la secuencia de elementos/eventos en el patrón de la queja.
7. Descomponer el patrón de la queja en piezas o elementos más pequeños.
8. Unir la realización de la queja a la de alguna actividad gravosa.

“Cuando el hecho de abordar la queja a través de la intervención sobre el patrón de queja no tiene resultado o no es aconsejable, se pueden alterar las pautas personales o interpersonales que rodean o acompañan la queja” (O’Hanlon

& Weiner Davis, 1989, p.145), es decir, este tipo de intervención consiste en modificar patrones que no tienen que ver directamente con la queja.

Por ejemplo, puede que una “bulímica” nunca se arregle los días que se harta de comer. Se le podría decir que, si cree que va a darse un atracón, debe vestirse primero con sus mejores ropas, maquillarse y arreglarse el pelo, y comer después, si es que aún siente la necesidad de hacerlo. Aunque estos patrones regulares que acompañan a la queja no están directamente involucrados con ella, alterarlos puede producir un cambio en el contexto de la queja, llevando a su resolución (O’Hanlon & Weiner Davis, 1989, p.145).

Las tareas formuladas para el cambio, además de estar diseñadas para interrumpir la secuencia de la queja, también pueden estar diseñadas para desarrollar soluciones. Las prescripciones de soluciones fomentan nuevas conductas y percepciones al crear la expectativa de cambios en el futuro. Por ejemplo:

Desde ahora y hasta la próxima vez que nos veamos, a nosotros nos (a mí me) gustaría que observaras, de modo que puedas describirnoslo (describímelo) la próxima vez, lo que ocurre (elíjase una de las siguientes: familia, vida, matrimonio, relación) qué quieres que continúe ocurriendo (De Shazer, 1985, citado en O’Hanlon & Weiner Davis, 1989, p.149).

Haz al menos una o dos cosas que sorprendan a tus padres (etc.). No les digas qué es. Padres, su tarea es adivinar que es lo que ella está haciendo. No comparéis vuestras notas; haremos eso en la próxima sesión (O’Hanlon & Weiner Davis, 1989, p.150).

Fíjate en lo que haces esta semana que te da “mayor paz espiritual” (O’Hanlon & Weiner Davis, 1989, p.151).

Con estas tareas se pretende que los consultantes vayan a casa con sus “gafas de buscar cosas positivas”, fijen su atención en nuevas conductas y descubran recursos, habitualmente las “sorpresas” que se llevaron suelen convertirse en soluciones.

Si en el transcurso de la sesión los consultantes señalan mejorías por pequeñas que sean, se aprovecha para proporcionar elogios, por ejemplo, puede que un padre que interviene e interfiere cuando la madre castiga a su hijo se le diga: “Me impresiona tu disposición de proteger a tu familia, debes ser muy

altruista”. Cuando intervienes de la forma en que lo haces, le evitas que ella sea “mala” y asumes tu responsabilidad. Debes ser muy altruista en este sentido” (O’Hanlon & Weiner Davis, 1989, p.118). Habitualmente, en total por cada sesión se dan cuatro o cinco elogios.

Los autores sostienen que, puesto que los consultantes han empezado a rodar la pelota, los terapeutas sólo necesitan conseguir que siga rodando, por lo que habitualmente se empiezan las siguientes sesiones comprobando los resultados de la tarea con las preguntas: ¿Qué ha sucedido que te gustaría que continuara sucediendo? o ¿Qué observaste que estaban haciendo y que te da mayor confianza en ti mismo?, o ¿Qué cosas positivas has estado haciendo esta semana?. Al igual que todas las preguntas presuposicionales, la pregunta inicial expresa la certeza de que han hecho la tarea y de que han sucedido cosas buenas; además es específica y no vaga.

Ahora bien, hay diferentes tipos de consultantes a los que el terapeuta se enfrenta y ante los cuales se deben de tomar diferentes formas de emplear la entrevista. Por tanto William Hudson O’ Hanlon y Michele Weiner-Davis (1989), dividen a los consultantes en tres grupos, según la cantidad de cambios experimentados entre la primera y segunda sesión.

1. “El grupo del milagro”, son los consultantes que informan que han tenido logros y cambios significativos y todo va muy bien, mejor de lo que se habían imaginado.
2. “El grupo así así”, lo conforman los consultantes que han tenido una semana mejor que las anteriores, pero sigue habiendo muestras de que el problema aun no está completamente resuelto.
3. “El grupo igual o peor”, es el que no informa de ningún cambio, o quizá informa un retroceso.

Para el primer grupo “El grupo del milagro” los autores recomiendan emplear una entrevista que siga manteniendo la bola en movimiento. Se debe dirigir la siguiente pregunta ¿Qué tienes que hacer para que los cambios sigan?. También recomiendan hacer otra pregunta importante que aumentará la probabilidad de que se produzcan cambios: ¿Hay alguna otra cosa que pudiera ocurrir en las próximas semanas y que pudiera ser un obstáculo para mantener estas cosas positivas? si contestan que no, estupendo. Si la respuesta es afirmativa, se pregunta ¿Cuál sería ese obstáculo?, ¿De qué otra forma la abordarás en esta ocasión?, ¿Hay alguna otra cosa que podría aparecer de repente y crear problemas?. Todas estas preguntas a futuro son una buena ayuda para que el consultante tenga un plan preparado por si existen vicisitudes durante el proceso. Otra forma de prever cualquier posible dificultad y al mismo tiempo tiene un efecto normalizador, es dar una opinión clínica al consultante, se podría decir: “Me preocupa que, puesto que todos los días han sido perfectos, cuando tengas un día que sea solamente normal puedas pensar equivocadamente que las cosas están volviendo hacia atrás. Todos pasamos por momentos buenos y malos, independientemente de lo bien que las cosas vayan en general” (O’Hanlon & Weiner Davis, 1989, p.163).

En “el grupo así así” los consultantes, tras la pregunta ¿Qué cosas positivas sucedieron esta semana? O alguna variante, empiezan la sesión describiendo las dificultades con las que se enfrentaron. En este caso se les interrumpe firmemente y educadamente, y se redirige la dirección de la conversación “espera un momento”...volveremos sobre esto en un minuto. Primero me gustaría que me contaras qué cosas positivas ocurrieron. Así los consultantes pueden recordar los momentos agradables de la sesión anterior y, a menudo, estos ratos agradables superan en mucho a los desagradables, lo cual cambia la perspectiva respecto a la importancia de los momentos “no tan buenos” que parecen menos relevantes al final de la sesión. Generando así que los consultantes sepan que el camino más directo hacia las soluciones es examinar lo que está dando resultado.

Los autores señalan que en este grupo se puede emplear la pregunta de la escala. Se pide a los consultantes que valoren, sobre una escala del 1 al 10, su situación antes de venir a terapia. Después se les pide que valoren la última semana en la misma escala. Finalmente, se les pregunta en qué lugar de la escala tendrán que situarse para sentirse satisfechos. Así si un consultante valora su vida en un “2” antes de la terapia y con un “6” la semana anterior, y dice que necesita un “8” para sentirse satisfecha, el terapeuta podría preguntar ¿Qué cosa o cosas puedes hacer la semana que viene para llegar a un 6 y medio o un 7?, de esta manera el terapeuta incita tareas que promueven que el cambio sea inminente en el consultante.

Finalmente, el grupo “igual o peor” se caracteriza porque los esfuerzos por redirigir la sesión son inútiles, ya que los clientes insisten en que sigue habiendo un problema que les amenaza, y posiblemente sigan repitiendo patrones inútiles de pensamiento y acción. En estos casos, el terapeuta puede cambiar de estrategia, es decir, puede hacer algo inesperado como devolver la pelota a los clientes y pedirles que nos convenzan de que el cambio es realmente necesario o deseable. O también puede adoptar un enfoque pesimista, ya que al volverse el terapeuta pesimista puede que los consultantes se vuelvan más optimistas. A menudo en este grupo nos encontramos trabajando con alguien que no es el cliente y que además no está motivado para cambiar, o estamos entrevistando a alguien que no percibe ningún problema, es decir, muchos clientes involuntarios.

Una vez que hemos conocido los fundamentos y las características generales de la Terapia Centrada en Soluciones, a continuación presentaré un caso terapéutico atendido por William Hudson O’Hanlon y Michele Weiner-Davis (1989), que plasma una imagen global de los elementos anteriormente comentados .

### “El mañana de Annie”

#### Sesión 1

Annie, de 28 años, entró en el despacho de Michele con un pañuelo en la mano; había estado llorando en la sala de espera. Al preguntársele: “¿Qué te trae

por aquí?”, respondió entre lágrimas, y con una voz apenas audible: “Mi vida se está derrumbando”. Pasó a explicar que su novio acababa de romper con ella y que estaba llevando muy mal este rechazo. Dijo que estaba siempre llorando y deprimida. Sus frases eran inconexas y mantenía poco contacto visual.

Tras una breve descripción del problema, inmediatamente Michele le preguntó: “¿Qué es diferente en los momentos en que manejas bien esta situación?” Respondió, sin dudar, que en el trabajo se sentía bien. Puesto que Annie trabajaba a jornada completa, Michele le comentó que le iba bien al menos 40 horas a la semana, una gran parte de su vida. Michele también comentó que sentirse bien 40 horas a la semana está muy lejos de estar deprimida “siempre”, tal y como había explicado al principio. Annie estuvo de acuerdo.

Puesto que Annie había identificado una excepción importante al problema presentado (sentirse bien 40 horas a la semana), Michele siguió en esta línea: “¿Cuándo, aparte del trabajo, manejas bien las cosas?” Annie contestó que le resultaba muy agradable el tiempo que pasaba con su hijo de 5 años, y que en esos ratos no tenía oportunidad de rumiar sobre su exnovio. Además, por las mañanas estaba demasiado apurada de tiempo llevando a su hijo a la guardería y yendo al trabajo como para preocuparse por su ruptura.

Por eliminación quedó claro que el único rato en el que Annie se sentía abatida era por la tarde, durante un periodo de dos horas, después de que su hijo se había acostado y antes de irse ella a la cama. Incluso admitió que al menos dos noches por semana no se sentía mal. Un cálculo rápido reveló que, en vez de estar deprimida “todo el día” estaba en realidad abatida solo 10 horas por semana. En cuestión de 5 minutos su percepción de la situación se había modificado de forma significativa.

Entonces Michele preguntó: “¿Qué es diferente las dos noches por semana en que no estás pensando en Sam?” Dijo que esas noches conseguía mantenerse ocupada visitando a su vecino, cosiendo, o visitando parientes. Ella y Michele acordaron que mantenerse ocupada era absolutamente esencial para ella mientras volvía a ver las cosas con mayor perspectiva.

La siguiente serie de preguntas se centró en otras formas de mantenerse ocupada: “¿Qué haces para divertirte?”, le preguntó Michele. Contestó que se divertía poco. Siendo madre soltera de un hijo de 5 años se sentía a menudo abrumada por la responsabilidad y pasaba largas temporadas sin relacionarse con los demás o sin participar en actividades gratificantes o que redujeran su estrés. Comentó que su familia no la ayudaba a la hora de cuidar al niño. Había perdido contacto con sus amigos desde que se había empezado a preocupar tanto por la relación con su ex novio. Además, la mayor parte de sus antiguas amistades se dedicaba a ir de copas, una actividad en la que ya no quería participar.

Michele sintió curiosidad y preguntó si Annie había tenido y superado un problema con la bebida. Annie le dijo que había participado como interna en un programa de tratamiento el año pasado y que desde entonces, exceptuando uno o

dos pequeños retrocesos, había conseguido no beber. Michele empleó esta información para destacar otro de los lados fuertes de Annie, señalando que no había recurrido a la bebida durante esta época estresante.

Finalmente Michele preguntó: “¿Cuál será la primera señal de que las cosas están en vías de solución?” Annie contestó que, en vez de pensar en su ex novio durante las noches, tendría pensamientos agradables. Se diría a sí misma: “Todo saldrá bien”.

Tras una pausa para consultar con el equipo, Michele transmitió el siguiente mensaje a Annie: “El equipo está muy impresionado de que hayas venido aquí para resolver esta situación de una vez por todas. También nos impresiona todo lo que estás haciendo: mantener un trabajo a tiempo completo, ser una buena madre, ser madre soltera sin mucho apoyo, y seguir sin beber pese a todo esto. Nos asombra la cantidad de cambios por los que has pasado recientemente: dejar antiguas amistades, romper con tu novio y dejar el alcohol. Eso es mucho cambio en poco tiempo. ¡No es extraño que a veces las cosas parezcan fuera de control! Necesitamos algo más de información y tenemos una tarea para ti. Desde ahora y hasta la próxima vez que nos veamos, queremos que observes y te fijes en lo que es diferente las tardes en las que sabes, Annie, que las cosas van a salir bien”.

## Sesión 2

Annie entró con un aire de confianza que llevó a Michele a pensar que había tenido una buena semana. Sus sospechas se vieron confirmadas; Annie dijo que había tenido una “semana fantástica”. Cuando le preguntó: “Bien, ¿qué fue de diferente las tardes en que sabías que las cosas iban a salir bien, y qué hiciste para que la semana fuera fantástica?”, Annie replicó que había salido todas las noches con su hijo y que lo había pasado realmente bien. Fue a cenar a casa de una vecina amiga suya en dos ocasiones. También estuvo paseando calle abajo para saludar a un joven del barrio que le había gustado. Este hombre estaba reparando su coche cuando ella apareció, pero hizo una pausa para charlar con ella y con su hijo. También había ido a visitar a algunos familiares esa semana y los encontró comprensivos y simpáticos. Esto le resultaba especialmente sorprendente. Cuando se le preguntó: ¿Cómo te explicas la diferencia en su conducta?, respondió: “Supongo que me siento mejor y por eso soy más sociable con ellos”. Su madre incluso se había ofrecido a cuidar al niño.

Además, Annie había sacado su vieja máquina de coser y empezado a coser de nuevo, algo que no había hecho durante mucho tiempo. Se llevaba mejor con su hijo. Estaba orgullosa de que sus compañeros de trabajo le hubieran pedido ayuda y de que se le estuviera teniendo en cuenta para un ascenso.

Debido a sus logros Annie valoró la semana con un 8 en la escala de 1 a 10, y dijo que se sentía más relajada. Finalmente, añadió que no había llorado ni una sola vez durante esos días. Ese fue el aspecto más sorprendente de la semana.

Tras la reunión, el equipo la felicitó por sus continuos cambios y se los enumeró. Puesto que estaba tan entusiasmada con todos sus logros (había tenido una “semana fantástica”) el equipo expresó su preocupación porque, en el caso de que tuviera simplemente un día “normal”, ella podría pensar que estaba retrocediendo y que volvía a estar como al principio. Después el equipo le dijo estar impresionado por el hecho de que ella supiera que hacer para mantener las cosas en un “8”. La tarea era una continuación del último elogio: “Fíjate en las cosas que hagas en las próximas dos semanas y que valores con 8”. Se concertó otra sesión para dos semanas más tarde.

### Sesión 3

Michele comenzó la entrevista con: “Bien, ¿cuáles son las cosas 8 que has estado haciendo estas dos semanas?” Annie dijo: “Todo ha sido 8”. Sacó dos folios en los que estaban minuciosamente anotados los eventos de la semana. Había estado con amigos y familiares, iniciando un programa de gimnasia, disfrutaba en el trabajo y había empezado a salir con el joven al que había conocido y que vivía en su calle. Tras tan sólo dos semanas, su relación era ya muy buena. A su hijo también parecía gustarle él. Annie estaba encantada de haber salido de su concha con tanta rapidez.

En el transcurso de las dos semanas había superado también un auténtico peligro para sus recientes progresos. Un tío suyo que vivía en el otro Estado se había suicidado. Aunque esto la había afectado, la reconfortaba la capacidad que había demostrado para ponerse en contacto con amigos y familiares que la consolaron.

Michele preguntó: “¿Quién, aparte de ti, se da cuenta de lo bien que lo estás haciendo?” Annie contestó enseguida que su jefe le había comentado sus progresos. Antes de la sesión, Annie había dicho a su jefe que seguramente la terapeuta le diría que “se perdiera”.

Tras la pausa, el equipo dijo a Annie: “¡Eres una chica sorprendente! ¡¡¡Todos ochos!!! Realmente controlas tu vida y sabes exactamente qué hacer para que siga adelante. Sólo nos queda una cosa que decirte: ¡piérdete!” (O’Hanlon & Weiner Davis, 1989, p.172-177).

Por otro lado, muchos autores contemporáneos basados en los planteamientos de la Terapia Centrada en Soluciones, han optado por introducir sus propios estilos durante su quehacer terapéutico. Beyebach y Herrero (2010), por ejemplo, han añadido formulaciones estratégicas, estructurales, de la hipnosis y algunos procedimientos propios de la terapia cognitivo conductual y de las terapias humanistas. Por tanto, desde este enfoque alternativo se acepta la conjunción de técnicas complementarias, que favorezcan el proceso terapéutico

del consultante. Esta flexibilidad permite involucrarnos activamente en la construcción de una psicoterapia con más posibilidades para atender la demanda.

Beyebach (2011), menciona que para esa fecha ya existían bastantes investigaciones, al menos unos 40 estudios de resultado, y casi una docena de estudios de corte cuantitativo con grupos de control y rigurosidad “científica”, además de medio centenar de estudios de seguimiento. Los cuales confirmaron que la Terapia Centrada en Soluciones, es un enfoque breve, que permite obtener resultados positivos en un número reducido de sesiones, que en la mayoría de investigaciones publicadas se sitúa entre las 3 y las 6.

Además, Beyebach (1999), a partir de un examen detallado del conjunto de investigaciones que se han realizado, nos menciona que la Terapia Centrada en Soluciones parece eficaz en un considerable porcentaje de los casos en los que se emplea, tanto en estudios americanos, como españoles y europeos en general. En torno a tres cuartas partes de los casos atendidos con esta modalidad de terapia se informó en el seguimiento que el problema por el que consultaron se había resuelto del todo, o que había mejorado de forma significativa. El mismo autor encontró que la tasa de recaídas tras la terapia fue muy pequeña, y no superó el 10% de los casos tratados con éxito. Además, rara vez aparecieron problemas nuevos tras la terapia. Por tanto, cada vez hay más apoyo empírico a la idea de que los cambios producidos durante la Terapia Centra en Soluciones se mantienen e incluso tienden a ampliarse. Todo esto, apoya la idea de que se trata de un tratamiento breve y eficaz que produce cambios estables y duraderos.

Todo lo anterior nos muestra claramente que la propuesta de la Terapia Centrada en Soluciones representa una novedosa alternativa despatologizadora para el quehacer terapéutico. Ya que, en contraste con la psicología tradicional que se centra en diagnosticar etiquetas fijas, desde esta diferente mirada, a través de sus presupuestos teóricos y estrategias de intervención, como las preguntas reflexivas, las presuposiciones, el empleo de metáforas, las prescripciones para el cambio, el manejo de los tiempos verbales, las proyecciones a futuro y el encauzamiento del lenguaje, se promueve normalizar las dificultades de los

consultantes. Esta deconstrucción de sistemas de significados a su vez, estimula a los consultantes a que aprendan a desaprender certezas inútiles, para que así puedan construir nuevos relatos más habitables.

Además, esta perspectiva, a partir de sus premisas teóricas, co-crea una realidad terapéutica, que se centra en buscar soluciones y no “enfermedades mentales”. Se trata de una forma diferente de abordar las vicisitudes de la vida cotidiana de los consultantes, a partir de explorar, potencializar y ampliar, las excepciones, fuerzas, recursos y los logros con los que cuentan, en otras palabras, se trata ante todo, de ayudar a nuestros consultantes a que movilicen sus propios recursos.

De esta manera, la Terapia Centrada en Soluciones, al no investigar la historia del problema ni intentar hacer un diagnóstico, nos brinda una forma que merma los costos tanto emocionales, como temporales, y económicos, y además creativamente, sin etiquetas, brinda las herramientas para la resolución de los dilemas con que se presentan los consultantes. Es por ello que esta mirada constructiva representa una alternativa a la patologización.

Por último, me gustaría citar un comentario de una consultante de Limón (2012b, p.14), después de finalizar su proceso terapéutico, el cual considero, plasma muy bien los efectos producidos por esta forma de hacer terapia.

El ver mi presente y voltear por vez primera con atención hacia el futuro me hizo entender que las cosas se las complica uno al pretender ir caminando de espaldas y cuando voltee y vi el camino que tengo por andar, claro, se me olvidó por un instante el que tenía detrás...fue sorprendente ver cómo, cambiando un poco el acomodo, todo resulta mejor. Esto me permitió verme sin censura: el monstruo no era más que el enojo acumulado por los años y los fantasmas las marañas mentales que me inventé con el tiempo.

## 7. REFLEXIONES FINALES Y PROPUESTAS A FUTURO

Una vez que en la presente tesis hemos dado un paseo por el largo camino de las llamadas “enfermedades mentales”, podemos apreciar que estas son producto de construcciones sociales mediadas a través del lenguaje a lo largo de la historia y que por lo mismo responden a contextos culturales específicos. Por tanto, toda “enfermedad mental” es relativa a sus condiciones sociohistóricas de producción y a los anclajes culturales y lingüísticos del sistema de significados que la articulan, ya que las convenciones de inteligibilidad que comparte un grupo específico son las que determinarán cómo se juzguen los acontecimientos de la propia vida. Así, lo que en una sociedad puede ser considerado una “enfermedad mental”, en otra puede ser solo un “grave problema”, un “reto interesante”, un “pequeño bache en el duro camino de la vida” o “ningún problema”. No hay necesariamente una conducta acertada o equivocada que cualquier individuo deba atacar, todas son válidas, mientras no transgredan la integridad de alguien más. Es por ello que “la pluralidad no puede ser patología”, que nadie se acompleje por sus singularidades, ser diferente no es estar enfermo de la mente, y mucho menos, tener dificultades significa tener enfermedades, es “normal” tener altibajos emocionales, dilemas sociales, diferencias, “el problema es crear el problema”, ya que “la enfermedad mental” no se descubre, se construye.

Por ello, considero que la inmensa mayoría de etiquetas diagnósticas construidas socialmente en occidente, nos deja demasiadas interrogantes con relación a su legitimidad, puesto que, aún no se puede verificar ni siquiera la etiología precisa de cualquiera de las “enfermedades mentales”. Esto me lleva a pensar que el discurso médico patologizador, y sus aliados, la psiquiatría y la psicología tradicional, respaldados por un cuestionable DSM-V que nos venden, sea otra construcción social más, evidentemente producto principalmente de una industria farmacéutica muy lucrativa, la cual se beneficia millonariamente. En donde las víctimas resultan ser las personas en general, que se dejan seducir por

la mercadotecnia y los nuevos títulos nosológicos, los cuales han llegado al punto de patologizar aspectos normales del ciclo de vida.

Con todo lo anterior, y si sumamos la aceptación y difusión como verdades absolutas por muchas instituciones, como las científicas, educativas, jurídicas, religiosas, de salubridad, de políticas públicas, de medios de comunicación, y la familia misma, se ha contribuido a la vez a que dichas prácticas y discursos patologizadores se legitimen, y así se normalicen dentro de la sociedad occidental, curiosamente muchas veces sin tener conocimiento del telón de fondo de problemáticas que conllevan, que desde la propuesta del construccionismo social se podrían evitar.

Con base en la información presentada, considero cumplido el objetivo de esta tesis que incluía reflexionar y discutir la información relacionada al tema de las llamadas “enfermedades mentales”. Concluyo que por supuesto, para la inmensa mayoría de casos nos encontramos no con “enfermos mentales”, sino por el contrario, nos topamos con personas responsables de sus vidas, que luchan por solucionar sus problemas asistiendo a terapia, lo peor que podemos hacer es etiquetarlas, o prescribirlas con psicotrópicos. Cabe señalar que no descalifico la posibilidad de que existan casos con una alteración orgánica que en efecto influya de cierto modo sobre la persona, pero considero que son los menos.

Por lo que, pienso que sería prudente en todos nosotros, independientemente del sistema de comprensión que manejemos, ser más autocríticos acerca de las teorías que adoptamos, y más tolerantes de la diversidad en las diferentes aproximaciones teóricas con las que trabajamos. Así, el reto es cuestionar, modificar y ampliar nuestros límites personales y culturales, para involucrarnos activamente en la construcción y diseño de terapias más satisfactorias. Las prácticas patologizadoras sólo son una forma de tantas posibles para abordar los problemas de la vida cotidiana, y son tan válidas como las demás, ya que ninguna puede ser la privilegiada de poseer la “verdad” o la “realidad”. Respeto mucho esta visión, más no la comparto, prefiero montarme sobre nuevas

perspectivas postmodernas enriquecidas desde sus diferentes exponentes, las cuales nos permiten la construcción de otros mundos posibles en donde no exista la “enfermedad mental”.

Las terapias narrativas o postmodernas basadas en el construccionismo social, nos brindan una mirada constructiva como alternativa a la patologización. La Terapia Centrada en Soluciones, es un claro ejemplo de cómo dentro del quehacer terapéutico puede haber una forma humana y menos dolorosa de ayudar a la gente sin recurrir a etiquetas nosológicas. Una propuesta terapéutica que construye un medio colaborativo para generar en los consultantes, nuevas historias más satisfactorias, soluciones sin explorar explicaciones, habilidades a partir de indagar las capacidades y potencialidades, herramientas derivadas de idiosincrasias, y posibilidades, mismas que les permitan poder resolver sus dificultades.

Por lo anterior, esta tesis, a través de una revisión teórica y de reflexionar sobre los tópicos de las “enfermedades mentales” y de las alternativas despatologizadoras dentro del quehacer terapéutico psicológico, nos proporciona información relevante con la que se podría a futuro desarrollar y diversificar más estudios aplicados en el área de la salud, con los cuales se promovería un giro interpretativo a lo que hoy es llamado “enfermedad mental” y ayer fue “pecado”, para considerarlo más adelante como problemas de la vida cotidiana. “El patito feo podría ser un cisne si se cuenta diferente la historia”.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

Achotegui, J. (2008). Migración y crisis: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Revista Internacional on-line* 1(7), 1-22.

American Psychiatric Association (APA). (2000). *DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association (APA). (2014). *Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5*. Washington: Médica Panamericana.

Anderson, H. (1997). *Conversación, lenguaje y posibilidades*. Buenos Aires: Amorrortu.

Andreasen, N. (2001). *Brave New Brain: Conquering Mental Illness in the Era of the Genome*. New York: Oxford University Press.

Belmartino, S. (1987). *Modelo Médico Hegemónico: Primeras Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. Buenos Aires: Banco de la Provincia.

Berger, P. y Luckmann, T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.

Bernasconi, O. (2011). Aproximación narrativa al estudio de fenómenos sociales: principales líneas de desarrollo. *Acta Sociológica* 56(0), 9-36. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/ras/article/view/28611>

Beyebach, M. (1999). Introducción a la terapia breve centrada en las soluciones. En: G. Navarro., A. Fuertes., T. Ugidos. *Intervención y Prevención en Salud Mental* (1-22). Salamanca: Amarú.

Beyebach, M. (2011). *Una psicoterapia basada en la colaboración: Una entrevista con Mark Beyebach*. [Blog El terapeuta Estúpido]. Disponible en:

<http://elterapeutaestupido.ayalajorge.com/2011/09/14/una-psicoterapia-basada-en-la-colaboracion-una-entrevista-con-mark-beyebach/>

Beyebach, M. (2013). La Terapia Familiar Breve Centrada en Soluciones. En: A. Moreno. *Modelos de Terapia Familiar*. Universidad Pontificia de Comillas: Inédito. Disponible en: <http://psyciencia.com/wp-content/uploads/2013/12/El-modelo-de-la-Terapia-Familiar-Centrada-en-Soluciones-.pdf>

Beyebach, M. y Herrero, M. (2010). *200 tareas en terapia breve individual, familiar y de pareja*. Barcelona: Herder.

Blech, J. (2005). *Los inventores de enfermedades: Cómo nos convierten en pacientes*. Barcelona: Destino.

Brooks, P. (1984). *Reading for the plot: Design and intention in narrative*. Nueva York: Random House.

Bruner, J. (2003). *La fábrica de historias: derecho, literatura, vida*. Buenos Aires: FCE.

Caamaño, C. (2012). Valor epistemológico y transformador de la narrativa en la enseñanza. *Fermentario* 6 (0), 1-12. Disponible en: <http://www.fermentario.fhuce.edu.uy/index.php/fermentario/article/view/100/104>

Calviño, M. (2004). Acción Comunitaria en Salud Mental. Multiplicadores y Multiplicandos. *Revista Cubana de Psicología* 1(21), 37-44.

Cano, J. (2009). La Construcción Social de la Enfermedad Mental. *Revista de Hipnosis Clínica y Experimental* 2(9), 20-21. Disponible en: [http://www.hipnologica.org/articulos\\_pdf/numero2/Hipnologica\\_2.pdf](http://www.hipnologica.org/articulos_pdf/numero2/Hipnologica_2.pdf)

Capra, F. (1992). *El punto crucial ciencia, sociedad y cultura naciente*. Buenos Aires: Troquel.

Castoriadis, C. (1975). *La institución imaginaria de la Sociedad*. Buenos Aires: Tusquets.

Chodoff, P. (2002). The medicalization of the human condition. *Psychiatric Services* 53(5), 627–62.

Comisión de Ciudadanos por los Derechos Humanos [CCDH]. (2004). *Los Guardianes Internacionales de la Salud Mental*. Disponible en: <http://www.infomex.com.mx/folleto/SPA-CCHR.pdf>

Cooper, D. (1967). *Psiquiatría y Antipsiquiatría*. Buenos Aires: Paidós.

Cosgrove, L. Krimsky, S, Vijayaraghavan, M. & Schneider, L. (2006). Financial Ties between DSM-IV Panel Members and the Pharmaceutical Industry. *Psychotherapy and Psychosomatics* 3(75), 154–160. Disponible en: <http://www.tufts.edu/~skrimsky/PDF/DSM%20COI.PDF>

Deacon, B. (2013). The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review* 7(33), 846–861. Disponible en: [http://jonabram.web.unc.edu/files/2013/09/Deacon\\_biomedical\\_model\\_2013.pdf](http://jonabram.web.unc.edu/files/2013/09/Deacon_biomedical_model_2013.pdf)

Dreier, O. (1999). Trayectorias personales de participación en contextos de práctica social. *Psicología y Ciencia Social* 3, (1), 28-50.

Drier, O. (2011). Personalidad y la conducta de la vida cotidiana. *Nordic Psychology* 62(2), 4-23.

Eastgate, J. (2002). *Redefiniendo cualquier problema de la vida como enfermedad mental*. Un mensaje público de la Comisión de Ciudadanos por los Derechos Humanos. Disponible en: <http://www.infomex.com.mx/Folleto.pdf>

Ehrhardt, M. (2015). *The Ugly Duckling Is a Swan On Turnaround Stories*. Deutsche: Herbert Utz Verlag.

Faraone, S. Barcala, A. Torricelli, F. Bianchi, E. y Tamburrino, M. (2010). Discurso médico y estrategias de marketing de la industria farmacéutica en los procesos de medicación de la infancia en Argentina. *Revista Interface Botucatu* 34(14), 485-497. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop1110.pdf>

Fernández, C. (2003). *Psicología social en el umbral del siglo XXI*. Madrid: Fundamentos.

Follari, R. (1982). Consideraciones críticas acerca de la epistemología de la psicología social. *Revista de la Educación Superior* 3(11), 30-50.

Foucault, M. (1961). *Historia de la locura en la época clásica*. México: FCE.

Frances, A. (2010). Abriendo la caja de pandora las 19 peores sugerencias del DSM V. *Psychiatric Times*. Disponible en: <http://www.sepyrna.com/documentos/criticas-dsm-v.pdf>

Frances, A. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales?: Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría*. Madrid: Ariel.

Fried, S. y Fuks, S. (1994). Metáforas del cambio: terapia y proceso. En: S. Fried. *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad* (377–391). Buenos Aires: Paidós.

Friedman, S. (2001). *El Nuevo lenguaje del cambio*. Barcelona: Gedisa.

Garro, L. (2000). *De crisis en crisis. Discurso de identidad nacional y hegemonía*. Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica.

Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social*. Barcelona: Paidós.

Gergen, K. (2007). *Construccionismo social, aportes para el debate y la práctica*. Bogotá: Uniandes.

Ginger, S. (1993). *La terapia gestalt: una terapia de contacto*. México: El Manual Moderno.

Gómez, F. (1981). El mito de la enfermedad mental. *Revista Huellas* 4(2), 4-8.

González, C. (1998). *Familiarizándose con la terapia familiar o Chilango Jones en el templo de la perdición o Las 7 puertas de la sabiduría*. Trabajo de Maestría en Psicología Clínica con Énfasis en Terapia Familiar. México: Inédito.

González, M. (2011). *Historias de vida desde la perspectiva de género: Bases teóricas para generar una formación transformadora*. México: FES Iztacala. UNAM.

González, H, y Pérez, M. (2007). *La invención de los trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?*. Madrid: Alianza.

Grinberg, M. (2002). *Edgar Morin y el pensamiento complejo*. Madrid: Campo de ideas.

Ibáñez, T. (1990). *Aproximaciones a la psicología social*. Barcelona: Sendai.

Laing, R. (1960). *El yo dividido: un estudio sobre la salud y la enfermedad*. México: FCE.

Leifer, R. (2001). A critique of medical coercive psychiatry, and an invitation to dialogue. *Ethical Human Sciences and Services* 3(3), 161-173. Disponible en: <http://docserver.ingentaconnect.com/deliver/connect/springer/1523150x/v3n3/s2.pdf?expires=1432418321&id=81875850&titleid=99000620&accname=Guest+User&checksum=E22690C9A648E5A8300BC77CF303A65E>

Lejarraga, A. (2004). La construcción social de la enfermedad. *Archivos Argentinos de Pediatría* 102(4), 271-276. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v102n4/v102n4a07.pdf>

Limón, G. (1997). Psicoterapia y postmodernidad. Perspectivas y reflexiones. *Redes: revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales* 1(2), 53-70.

Limón, G. (1999). *El giro interpretativo en psicoterapia*. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Barcelona.

Limón, G. (2005a). Del constructivismo al construccionismo; una nueva perspectiva para la terapia familiar. En: G. Limón (Comp.) *Terapias postmodernas. Aportaciones construccionistas* (29-48). México: Pax.

Limón, G. (2005b). *El giro interpretativo en psicoterapia. Terapia, narrativa y construcción social*. México: Pax.

Limón, G. (2005c). *Terapias postmodernas: Aportaciones contruccionistas*. México: Pax.

Limón, G. (2012a). *La Terapia como Diálogo Hermenéutico y Construccionista*. Taos Institute Publications/WorldShare Books, USA. Disponible en: [www.taosinstitute.net](http://www.taosinstitute.net)

Limón, G. (2012b). *Terapias narrativas y postmodernas*. Conferencia presentada en la Facultad de Psicología, UNAM. México.

Lipchik, E. (2004). *Terapia Centrada en la Solución: Más allá de la técnica*. Buenos aires: Amorrortu Editores.

López, R. (2013). *La construcción de lo corporal y la salud emocional*. México: Los Reyes.

López, S. (2012). *Formación de estudiantes en psicología: Una propuesta metodológica*. México: FES Iztacala. UNAM.

Marinoff, L. (2000). *Más Platón y menos prozac: Filosofía para la vida cotidiana*. Barcelona: Ediciones B.

Martínez, M. (1998). *Investigación cualitativa etnográfica en educación*. México: Trillas.

Martínez, M. (1999). *La nueva ciencia*. México: Trillas.

McNamee, S. (2003). Psicoterapia y la construcción social de potencial. *Revista venezolana de psicología clínica comunitaria* 3(0), 67-98. Disponible en: <http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/Psicologia%20Clinica3.pdf>

Medina, M., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J. et al. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 26(4), 1-16.

Mélich, J. (1996). *Antropología simbólica y acción educativa*. Barcelona: Paidós.

O'Hanlon, W. y Weiner-Davis, M. (1989). *En busca de soluciones*. Barcelona: Paidós.

Organización Mundial de la Salud. (2004). *Invertir en Salud Mental. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias*. Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra, Suiza.

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Datos y Cifras*. Disponible en: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/mental\\_health\\_facts/es/index1.html](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/index1.html)

Orueta, R. Santos, C. González, E. Fagundo, E. Alejandre, et al. (2011). Medicalización de la vida I. *Revista Clínica Médica Familiar* 4(2), 150-161. Disponible en: <http://www.revclinmedfam.com/PDFs/69adc1e107f7f7d035d7baf04342e1ca.pdf>

Penn, P. (1998). Rape flashbacks: Constructing a new narrative. *Fam Process* 37(3), 299-310.

Penn, P. & Frankfurt, M. (1994). Creating a participant text: Writing, multiple voices, and narrative multiplicity *Fam Process* 33(3), 217-231.

Pérez, G. y Yoseff, J. (2012). *Desarrollo psicológico. Un enfoque sociocultural*. México: UNAM.

ProMéxico Inversión y Comercio. (2014). *Industria Farmacéutica: Unidad de Inteligencia de Negocios*. Disponible en: [http://mim.promexico.gob.mx/work/sites/mim/resources/LocalContent/368/2/020914\\_DS\\_Farmaceutica\\_ES.pdf](http://mim.promexico.gob.mx/work/sites/mim/resources/LocalContent/368/2/020914_DS_Farmaceutica_ES.pdf)

Rodes, J. (2012). *Gadamer tradición y lenguaje*. Espacio de expresión y comunicación sitiocero. Disponible en: <http://sitiocero.net/2012/gadamer-tradicion-y-lenguaje/>

Rodríguez, C. (1997). Nuevos sujetos: ¿Nuevas enfermedades?. *Revista Tramas* 9(11), 131-141.

Rodríguez, M. y Beyebach, M. (1994). Terapia Sistémica Breve: trabajando con los recursos de las personas. En M. Garrido. *Psicoterapia: modelos contemporáneos de aplicación* (241-289). Valencia: Promolibro.

Rogers, C. (1997). *El proceso de convertirse en persona*. México: Paidós.

Szasz, T. (1961). *El mito de la enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu.

Szasz, T. (1974). *La fabricación de la locura*. Barcelona: Kairós.

Szasz, T. (2012). *Afamado psiquiatra ataca a psiquiatras y a la psiquiatría*. [Video en youtube]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=YNovSjMz5A>

Tarragona, M. (2006). Las Terapias Posmodernas: Una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. *Psicología Conductual* 3(14), 511-532.

Tomm, K. (1999). Co-constructing responsibility. En: S. McNamee, y K. Gergen. *Relational Responsibility: Resources for Sustainable Dialogue* (129-138). Thousand Oaks: Sage.

Trujano, P. (2002). *Quehacer psicológico y terapéutico en el siglo XXI: Del discurso de la verdad al respeto por la pluralidad*. Conferencia Magistral presentada en el Segundo Coloquio Nacional de Investigación Estudiantil en Psicología. México: FES Iztacala. UNAM.

Trujano, P. y Limón, G. (2010). De la patología a la normalidad: Deco-construcción y empoderamiento. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* 13(3), 20-45.

Trujano, P. y Limón, G. (2012). Modelos narrativos y postmodernos. En: M.L. Rodríguez y P. Landa (Comps.) *Modelos de Psicología Clínica y su Aplicación* (113-148). México: Pax

Vara, A. (2008). Cómo medicalizar la vida diaria: la creación de enfermedades o "disease mongering". *Revista Evidencia Actualización en la práctica ambulatoria* 5(11), 130-132. Disponible en: <http://www.foroaps.org/files/ygjytgkgyt.pdf>

Vásquez, A. (2011). Antipsiquiatría. Deconstrucción del concepto de enfermedad mental y crítica de la 'razón psiquiátrica'. *Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas* 3(31), 321-338.

Vásquez, A. (2011). Antipsiquiatría: Deconstrucción del concepto de enfermedad mental y crítica de la "razón psiquiátrica". *Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*. 3(31). 321-338. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/NOMA/article/view/36823/35644> .

Vizer, E. (2003). *La trama invisible de la vida social. Comunicación, sentido y realidad*. Buenos Aires: La Crujía.

Watzlawick, P. (1984). *¿Es real la realidad?: Confusión, desinformación, comunicación*. Barcelona: Herder.

White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.

Williams, G. y Arciniega, M. (2015). El Enfoque Narrativo dentro de la psicología sociocultural y sus implicaciones en los estudios de género. *Alternativas en Psicología* Número especial Tercera Época Año XVIII, 62-73.

Worchel, S., Cooper, J., Goethals, G., R., y Olson, J., M. (2003). *Psicología Social*. México: Thomson.