

TENDENCIAS DOCTRINALES EN LA PSIQUIATRIA ACTUAL

S. CERVERA ENGUIX

SUMARIO: I. DESCRIPCIÓN DE LAS PRINCIPALES ESCUELAS. 1. Introducción: Salud mental. 2. Tendencias Biológicas. 3. Tendencias Psicodinámicas. a) Teoría de la deficiencia adaptativa. b) Teoría de la privación del objeto. c) Teoría de la ansiedad interpersonal. 4. Tendencias Conductistas. 5. Tendencias Sociogénicas. a) Enfoque familiar. b) Enfoque Político. c) Enfoque ético-sociológico. 6. Tendencias Fenomenológicas: Descriptiva, Genético-estructural y Existencial.—II. VALORACIÓN Y PRESUPUESTOS DOCTRINALES. 1. Psiquiatría Biológica. 2. Psiquiatría Psico Dinámica. 3. Conductismo. 4. Psiquiatría sociogénica. a) Análisis de la familia. b) Influencia de los acontecimientos de la vida. 5. Psiquiatría Fenomenológica.—III. BIBLIOGRAFÍA.

I. DESCRIPCIÓN DE LAS PRINCIPALES ESCUELAS

1. *Introducción: Salud y enfermedad mental*

El primer planteamiento crítico que tiene la Psiquiatría en el momento actual es establecer qué se entiende por los términos salud y enfermedad mental. Aunque cualquier persona tiene un conocimiento implícito de lo que es estar sano psíquicamente; sin embargo, desde un punto de vista científico no es fácil establecer una definición de *salud y enfermedad mental*.

La Organización mundial de la salud (OMS) define la salud en general como «un estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no sólo como ausencia de síntomas de enfermedad». Esta afir-

mación de *completo bienestar* no resulta fácilmente comprensible ni para la salud en general, ni cuando se aplica a la salud mental. Y esto porque si nos referimos al sentimiento de enfermedad por parte del enfermo, nos encontramos con pacientes que junto a cuadros clínicos con rasgos psicopatológicos, manifiestan su criterio de encontrarse psíquicamente bien. Y frente a estas apreciaciones, se encuentran las del paciente hipocondríaco en las que el sentimiento de enfermedad excede con mucho los hallazgos clínicos.

Podemos establecer, sin embargo, unos posibles conceptos de salud mental:

a) La normalidad psíquica es considerada como expresión de lo que establece *el término medio de la población* respecto a la conducta psíquica del individuo. Se basa en un promedio estadístico, y no resulta plenamente válida. Por ejemplo, admitir como conducta normal en el adolescente el fenómeno de la masturbación, es como admitir que la caries dental es un signo de salud.

b) Salud equivale a *ausencia de enfermedad*, por lo que una persona que no tenga un trastorno mental diagnosticable y se encuentre libre de síntomas psíquicos molestos puede considerarse como mentalmente sano. Este criterio es posiblemente el más idóneo, aunque no refleje plenamente lo expresado por la OMS: la salud mental es algo más que la ausencia de enfermedad e implica un sentimiento de bienestar y una facultad de ejercer plenamente las capacidades físicas, intelectuales y emocionales del individuo.

Los parámetros a utilizar para *delimitar* la salud mental serían: a) ausencia de estructuras psicopatológicas; b) integración armónica de los distintos rasgos de la personalidad; c) percepción de la realidad sin distorsiones; d) adaptación adecuada de la persona al entorno y a los distintos conflictos y circunstancias de su vida. En cambio, para *definir* la enfermedad mental es necesario valorar los síntomas clínicos, el momento evolutivo, y la perspectiva sociocultural en que está inmersa.

Ahora bien, íntimamente relacionada con estos conceptos se encuentra la visión del hombre que se tenga. Y así las enfermedades mentales han sido interpretadas desde distintos puntos de vista según la perspectiva que se adopte. Esto es lo que constituye la serie de *tendencias doctrinales en Psiquiatría*, que pueden reducirse a: 1. Tendencias Biológicas; 2. Psicodinámicas; 3. Conductistas; 4. Sociogénicas, y 5. Fenomenológicas.

2. *Tendencias Biológicas*

Interpretan los trastornos mentales como consecuencia de una actividad neuronal y bioquímica compleja. La enfermedad mental es consecuencia de un trastorno biológico concreto cerebral, genético, metabólico, endocrino, traumático o infeccioso. La aplicación de este modelo entraña serias dificultades en psiquiatría porque no siempre puede explicarse biológicamente un síntoma. Resulta útil en el campo de las esquizofrenias y algunas depresiones, pero cuando se trata de neurosis o diferentes trastornos de la personalidad fracasa.

Aunque este planteamiento no es, ni mucho menos, novedoso en medicina, el hecho de referir los trastornos psíquicos a una causalidad biológica, aplicando el modelo médico de la patología somática, ha encontrado defensores y detractores. En la actualidad gracias a los modernos conocimientos sobre los mecanismos hereditarios, los avances realizados en los últimos años en el campo de la neuroquímica y las investigaciones en psicofarmacología han contribuido notablemente a que estas teorías adquieran una relevancia significativa. Pero de ahí a afirmar que todo trastorno psíquico tiene necesariamente un componente biológico no sólo es exagerado sino también erróneo, porque todo ser viviente se desarrolla según dos parámetros: lo heredado y lo adquirido. Y ambos se complementan de tal manera que si bien cada uno de ellos aisladamente juega un papel importante en la forma de ser del individuo, las disposiciones genéticas pueden ser en muchos casos sustancialmente modificadas por los factores ambientales.

Sin embargo, hay hechos científicos que corroboran algunas de las afirmaciones de los biólogos. Pero estos hechos sólo pueden y deben ser aplicados a algunas enfermedades mentales. Por ejemplo, resulta evidente que una serie de anomalías cromosómicas son las determinantes de ciertos trastornos psíquicos observados en la enfermedad de Turner, el síndrome de Down (mongolismo), etc.

Esto ha contribuido a que se constituyera en los últimos años una rama de la psiquiatría denominada biológica que rechaza la perspectiva psicoanalítica. Esta área de investigación parte de que la psiquiatría es una rama de la medicina, y sólo se debe utilizar metodología científica actualizada. Se delimita claramente la enfermedad y la normalidad. La enfermedad mental no es un 'mito', sino que es misión de la psiquiatría científica investigar las causas de las diferentes enfermedades mentales, el diagnóstico y su tratamiento. El núcleo de su investigación está centrado en los aspectos biológicos de la enfermedad.

De aquí se deduce, en primer lugar, el enorme interés que tiene

el considerar a la psiquiatría como una rama de la medicina y el aplicar métodos científicos al enfermar mental. Porque así se la aleja de consideraciones pseudocientíficas y teóricas como son las expresadas por algunas tendencias como la psicoanalítica y la sociogénica.

En segundo lugar, al centrar su atención en factores biológicos, en las últimas décadas se han ido perfilando una serie de hipótesis bioquímicas que gozan de cierta solidez fruto de una esmerada investigación, que continúa abierta.

3. *Tendencias Psicodinámicas*

Los trastornos mentales son originados, para estas tendencias, por procesos inconscientes que defienden a la persona contra la ansiedad y los conflictos psíquicos. Los síntomas que aparecen son resultado de los mecanismos de defensa para anular la ansiedad. Es decir, se sustituyen los factores biológicos por los psíquicos. En términos generales se admite que la angustia es la consecuencia psicológica de una reacción desadaptada, y acontece cuando la seguridad básica del individuo está amenazada por un acontecimiento intra o extrapsíquico.

El primer y principal representante de las tendencias psicodinámicas fue el psiquiatra Sigmund Freud (1856-1939), fundador del Psicoanálisis. Con este nombre se entiende, según el propio Freud, un método de investigación de procesos anímicos apenas accesibles de otro modo; un método terapéutico de perturbaciones neuróticas y una serie de conocimientos adquiridos por esas dos maneras y que llegan a constituir una disciplina científica. Freud elabora una imagen del hombre basada en el materialismo positivista de la época. La *psique* es concebida como un aparato mecánico con elementos constituyentes —el *yo*, el *superyo*, el *ello*—, con regiones —el *consciente* y el *subconsciente*— y con fuerzas que se desarrollan, se reprimen o se descargan. En Freud todas esas fuerzas se reducen a una sola: la *libido* o energía sexual, que busca su satisfacción o descarga de acuerdo con el *principio de placer*, y cuyas alteraciones constituirán la causa de los trastornos o disfunciones del aparato psíquico.

Los psicoanalistas dan mucha importancia a las experiencias infantiles y ponen en ellas la causa de los trastornos de la vida adulta.

Desde una perspectiva fenomenológica se pone de manifiesto cuánto de artificial hay en esta concepción del psiquismo. Por eso este modelo freudiano ha experimentado múltiples correcciones a lo largo de los años y que se pueden agrupar en las siguientes:

- a) *Teoría de la deficiencia adaptativa*. Se mantiene la importan-

cia dada al instinto sexual pero se agregan otros instintos, llamados *constructivos*, que permiten al individuo un desarrollo armónico de la personalidad. Sus principales representantes son Hartman, Rapaport y Erikson. Los trastornos no son consecuencia de los conflictos instintivos, sino del fracaso de las capacidades constructivas debido a una inadecuada estimulación ambiental.

b) *Teoría de la privación del objeto*. Se mantiene también el énfasis en el instinto, pero se sustituye lo sexual por otros instintos que promueven la relación social, de forma que cuando una persona se ve privada de esa relación, se originan modificaciones patológicas. Uno de los principales representantes de esta teoría es Carl Jung (1875-1961) con su concepto de *inconsciente colectivo*.

c) *Teoría de la ansiedad interpersonal*. Entre los representantes más cualificados figuran H. S. Sullivan y Karen Horney y también uno de los principales disidentes de la interpretación freudiana: Alfred Adler (1870-1937). Mantienen que el principio de los determinantes fundamentales de la patología no procede de las propiedades biológicas de los instintos, sino de las actitudes que el sujeto adopte en su relación con los otros. No son partidarios de la idea de Freud de que la patología del adulto debe entenderse solamente en función de las dificultades de la infancia, y reducen la importancia del inconsciente prestando gran interés por las actitudes conscientes del individuo.

4. *Tendencias Conductistas*

La aplicación de los principios del aprendizaje y de la psicología experimental al estudio y tratamiento de la enfermedad mental ha sido una revolución en el campo de la Psiquiatría, que se inició a principios de siglo con los estudios de Watson sobre la conducta animal.

En la actualidad se han abandonado las posturas reduccionistas y excluyentes que caracterizaron en un principio a los seguidores de este enfoque, y ha pasado a ser un método más para conocer el psiquismo del hombre.

Esta teoría se basa esencialmente en el condicionamiento clásico de I. Paulov y en el condicionamiento instrumental u operante de Skinner. El primero se utiliza para obtener respuestas simples; el instrumental, enriquecido con las investigaciones de Bechtereov y

Thorndike, considera la conducta del individuo como instrumento para obtener una recompensa o evitar un castigo.

Según los principios conductistas, la patología psíquica es considerada como un complejo modelo de respuestas aprendidas de forma incorrecta. Se derivan así todas las respuestas del individuo de unas pocas leyes del *aprendizaje*. Así el enfermo mental es aquel que ha fallado en el aprendizaje de habilidades y actitudes sociales para su eficaz desenvolvimiento en el grupo al que pertenece. Otros autores (Ullman, Krasner) definen que una conducta es patológica según la sociedad en que está situado el individuo, y por lo tanto el concepto de enfermedad mental depende de la cultura que consideremos.

En la actualidad los modernos psicólogos conductistas han desarrollado toda una serie de técnicas para sustituir las conductas consideradas patológicas. Su tratamiento consiste en la sustitución de un aprendizaje por otro, proporcionando los hábitos que falten y estableciendo las discriminaciones necesarias para evitar la aparición de conflictos. Destacan las aportaciones clínicas de Joseph Wolpe y más recientemente la obra de Albert Bandura, que marca el abismo existente entre las formas de aprendizaje animal y las del hombre.

Finalmente, B. F. Skinner y su escuela prefieren considerar todos los trastornos como un simple producto del medio ambiente que actúa mediante refuerzos sobre el individuo. Los refuerzos ambientales configurarían las posibilidades de conducta y las diferencias entre conducta adaptada o desadaptada serían consecuencia únicamente de los distintos modelos de refuerzo a los que el individuo está expuesto. Es decir toda conducta se reduce a un único principio: el del condicionamiento.

5. *Tendencias sociogénicas*

Para los que están influidos por esta explicación, es una determinada *estructura social* la que origina la enfermedad mental, que es, por tanto, un producto artificial de la cultura. Se han establecido tres grandes enfoques que constituirían las bases sociogénicas del enfermar mental:

a) *Enfoque familiar*. Lo constituyen los estudios de algunas familias esquizofrénicas y los análisis de la comunicación humana de la Escuela de Palo Alto en California. Partiendo de estas investigaciones se llega a afirmar que el grupo familiar es capaz de determinar modalidades de enfermar mental. Su principal representante es Ronald Laing, quien aglutina ideas provenientes del psicoanálisis, de la

filosofía existencial, de la ideología marxista y de la sociología. Sin embargo, su planteamiento ha sufrido múltiples correcciones que contradicen o reducen su postura. Y esto porque la familia es fundamentalmente la institución social encargada de transformar un organismo biológico en un ser humano, cosa que consigue la mayoría de las veces.

b) *Enfoque Político*. La enfermedad mental aunque se da en un individuo es un síntoma de la enfermedad social por las contradicciones de la estructura social en que aparece. Basaglia y Cooper partiendo de la obra de Marx hablan de una manera radical de luchas de las fuerzas sociales contra la opresión psiquiátrica, acusando incluso al psicoanálisis de estar al servicio de la ideología burguesa.

c) *Enfoque Etico-sociológico*. Su principal representante es T. Szasz, quien mantiene que la enfermedad mental es un mito inventado por los psiquiatras.

Estas tres tendencias vienen a constituir lo que desde Cooper se ha llamado *antipsiquiatría*. Pero también se podría llamar antimedicina, pues reduce una disciplina clínica a un mero análisis social y político.

6. Tendencias Fenomenológicas

Partiendo de los presupuestos de la filosofía existencial se ha elaborado un método, a fin de comprender mejor la experiencia subjetiva de los enfermos, para abordar realidades, tanto internas como externas, observándolas tal como aparecen y excluyendo cualquier juicio de valor.

Se han delineado tres formas diferentes de aplicación de la fenomenología a la investigación de los trastornos psíquicos: *Fenomenología descriptiva* (K. Jaspers), *Fenomenología genéticoestructural* (Minkowsky y Von Gebattel) y *Fenomenología existencial* (Binswanger, Boss, etc.).

Para Jaspers la utilidad de la fenomenología estriba en presentarnos intuitivamente los estados psíquicos de los enfermos, delimitándolos y distinguiéndolos lo más estrictamente posible. Para conseguirlo parte de *autodescripciones* provocadas en los enfermos; toda la obra jasperiana se basa en la contemplación de las vivencias del enfermo. Jaspers está influido por la distinción que hizo Dilthey entre comprender y explicar. La primera establece conexiones de sentido, mientras que la segunda sólo relaciones causales. Así dice que un

acontecimiento psíquico es comprensible cuando tiene un sentido, una conexión con la vida psíquica actual del individuo y con el desarrollo biográfico del sujeto. Su aportación fundamental estriba en haber elaborado una psicología comprensiva.

Minkowsky y Von Gebsattel parten de un punto de vista común: por la observación de los fenómenos no sólo se nos proporcionan datos sino también sus mutuas conexiones e interrelaciones. Para ello se alejan de la pura descripción y a partir de una determinada *estructura* establecen hipótesis o teorías explicativas.

Finalmente, la *Fenomenología existencial* intenta también una comprensión de la vida psíquica a partir de una determinada estructura. Se describe la existencia del enfermo psíquico formando una unidad con el mundo («ser en el mundo»). La enfermedad mental es un existir anómalo, un vivir no auténtico, por lo que la actuación terapéutica será ayudarle a encontrar un sentido en la vida.

En resumen, las proposiciones fundamentales de esta escuela psiquiátrica que parte de la filosofía existencial se pueden resumir en las siguientes: El hombre es una unidad de espíritu, alma y cuerpo. El espíritu es una realidad extraconsciente, y desde el espíritu se dirige a «lo absoluto», Dios, que trasciende a la conciencia pero se revela al hombre en forma de intuición moral.

II. VALORACIÓN Y PRESUPUESTOS DOCTRINALES

Interesa señalar en primer lugar, que en el modo de enfermar mental existen unas condiciones biológicas, unas dimensiones psicológicas, así como unas condiciones culturales o sociales que nos impiden utilizar una sola de las tendencias que hemos expuesto en las páginas anteriores como única fuente interpretativa del enfermar mental. Además, se da el caso, especialmente los modelos psicoanalíticos y conductistas, de que se aferran a sus interpretaciones menospreciando otras posturas; y, lo que es peor, suplen sus deficiencias con planteamientos teóricos y elucubrantes. Todo esto es un fallo a nivel puramente científico, sin entrar en cuestiones de fondo sobre la visión del hombre y de la vida humana. Trataremos, a continuación, de establecer unos juicios de valor desde el punto de vista de la ética cristiana, sobre lo expuesto en el apartado anterior.

1. El modelo establecido por la *Psiquiatría Biológica*, que es el

que más parecido tiene con la ciencia médica, tiene unos presupuestos doctrinales plenamente aceptables; pues investiga las causas de la enfermedad según el criterio que impera en el resto de la medicina respecto a la base orgánica de las lesiones. Sin embargo, se observan algunos criterios que sin ser apriorísticos pueden ocasionar algunos perjuicios. El primero de ellos es la utilización desmesurada de fármacos como único medio de tratamiento, que ocasiona un estado de enturbiamiento o sedación que aleja la presencia del conflicto, el cual puede no tener base orgánica. En segundo lugar, esta tendencia establece como única fuente de conocimiento del trastorno la observación clínica o experimental, olvidando que también la psiquiatría necesita de la investigación doctrinal; pues el ser humano no es solamente un organismo.

2. Desde una perspectiva radicalmente opuesta las tendencias *psicodinámicas*, representadas especialmente por el psicoanálisis, plantean a la hora de valorarlas unos presupuestos altamente erróneos. Pese a las pretensiones de algunos sectores de la psiquiatría se trata de un modelo de escasa validez científica, porque sus hipótesis están todavía por confirmar; cada autor establece sus propios modelos que acepta dogmáticamente creando hipótesis de hipótesis. Se hace del psicoanálisis —por parte de algunas escuelas— un estilo de vida. No hay que olvidar que, si bien el método psicoanalítico se construyó como medio de indagar los procesos psíquicos y como procedimiento terapéutico de ciertos trastornos (neurosis), a partir de dichos conocimientos se elaboró una teoría del psiquismo normal y un estilo psicoanalítico de actuar tanto a nivel individual como social. Uno de los defectos fundamentales del psicoanálisis es la valoración de las observaciones según esquemas ya elaborados, con lo cual dejamos de hacer ciencia. El mismo Freud reconoce que apela a otras cosas que no son la estricta observación, subordinando ésta a las ideas preconcebidas.

Para finalizar se podrían establecer lo siguiente: aparte de los presupuestos doctrinales deformadores del psiquismo humano, el psicoanálisis es claramente defectuoso como método científico. Pues sus proposiciones tienen una significación distinta según la conveniencia del autor. Su proceder es el siguiente: primeramente se establece una hipótesis a la que sucede una proposición empírica; a ésta, la formulación de una construcción hipotética que dice estar basada en la clínica; más tarde se vuelve a la hipótesis de partida que se trataba de probar, pero de forma que axiomatizándola se le dé por buena; finalmente, la hipótesis, la proposición y el constructo son

aglutinados por razones que en parte remiten a los hechos observados y en parte a las interpretaciones especulativas.

En cuanto a los serios errores doctrinales se puede decir que los dos motores sustanciales del psicoanálisis son el determinismo psicológico y la libre satisfacción de las tendencias biológicas que reducen a la persona a una cosificación privada de libertad. Además, desde una perspectiva netamente psicológica, resulta incomprensible el hecho mantenido por estos autores de que la patología psíquica del adulto es consecuencia de lo que acontece en los dos primeros años de la vida.

3. La interpretación *conductista del psiquismo humano* utiliza como concepto básico el *aprendizaje*, por condicionamiento clásico, o por condicionamiento instrumental, operante o de ensayo o error. Diversos autores (Pavlov, Bechterev) han tratado de hacer comprensible la *acción (conducta)* como suma o asociación de movimientos reflejos. Se designan como reflejos las actividades del organismo que aparecen de forma regular, cuando un estímulo afecta los órganos periféricos de los sentidos. El *movimiento reflejo* es el tipo más sencillo de actividad que nace del contacto con el ambiente. Sin embargo, un análisis más preciso de las peculiaridades de la acción demuestra que ésta tiene rasgos independientes y completamente distintos a los reflejos. Así, son rasgos esenciales de la acción los siguientes: 1. *Intencionalidad* o realización en el mundo de una meta tendencial; 2. *Respuesta ante una situación* y no como el reflejo que es respuesta a un estímulo; 3. *Respuesta de la totalidad psicósomática* y no una simple suma de movimientos reflejos, sino que es una respuesta a un objetivo determinado.

Desde un punto de vista evolutivo, la primera forma de comportamiento activo en el cual tiene lugar una utilización del medio circundante es el de la *acción instintiva*, cuyos rasgos esenciales son los siguientes: 1. *Adecuación finalista biológica* o adaptación al servicio de conservación de la vida; 2. La acción instintiva es *innata y heredada*; 3. Tiene un carácter relativamente *esterotipado*.

Estos rasgos peculiares de la acción instintiva se dan también en un movimiento reflejo, pero mientras que la acción instintiva es respuesta del sujeto psicobiológico a una situación que es vivenciada globalmente, los movimientos reflejos son reacciones parciales del organismo a estímulos aislados.

No deben perderse de vista estas *diferencias básicas entre la acción instintiva y el movimiento reflejo*, pues si las acciones instintivas fueran sólo una suma de reflejos, no se comprendería por qué

el hombre dispone de muchísimos menos actos instintivos que el animal.

Otro tipo de comportamiento activo lo constituyen las *acciones experienciales* en las que dependiendo del resultado positivo o negativo de un determinado comportamiento, con el que se reacciona ante una situación, se establece o no un enlace asociativo entre la percepción de la situación y dicho comportamiento. Así, a base de experiencias se establecen formas de comportamiento humano que llamamos experienciales.

A través de la psicología comparada se puede afirmar que el comportamiento humano se basa mucho más en acciones experienciales que el del animal, precisamente por ser el hombre más pobre que aquel en comportamientos instintivos.

Las llamadas psicologías objetivas o positivas estudian la conducta humana dirigiendo su atención al estudio del *aprendizaje*. Este planteamiento encierra en sí dos criterios de suma importancia. El primero de ellos se apoya en la convicción de que las diferencias en el modo de ser del hombre y del animal no son cualitativas o sustanciales y únicamente debidas a la diferente plasticidad de los elementos constitutivos de la acción experiencial; por eso jamás surge la duda sobre si los resultados de la experimentación animal pueden aplicarse sin más a los hombres. El segundo criterio establece como única fuente del conocimiento humano la observación de su actividad personal, excluyendo toda consideración acerca de los fenómenos del acontecer interior (vivencias).

Respecto al primer criterio, hay que señalar que la organización de la *conducta humana* se distingue cualitativamente de la del animal por estar basada en: una *motivación valorativa* (valores científicos, religiosos, ético, políticos, etc.), tener una vivencia de *libertad* y una *estructura racional*. El aspecto valorativo del comportamiento humano se traduce en un proyecto de realización existencial, en una forma de vida. Su racionalidad, en un sistema coherente de planes realizables y acciones adaptativas dirigidas a obtener determinados objetivos. La libertad de la conducta humana se ejerce especialmente en el acto de elección entre las tendencias y motivos presentes, lo que promueve, consecuentemente, la pauta de conducta a seguir. Los valores, la racionalidad y la libertad son razones específicas constitutivas de la conducta humana.

Por eso, el modelo conductista, y la aproximación que establece del aprendizaje como única forma de conducta, reduce al hombre a un conjunto complejo de respuestas adquiridas que se derivan de una relación mecanicista con el ambiente. Esta perspectiva es muy estrecha y tiende a excluir las influencias de otros modelos interpretativos

y, lo que es más importante, rechaza la experiencia subjetiva y la posibilidad de cada persona para un desarrollo más pleno y cualificado.

Cifrar como única fuente de conocimiento humano la observación de su actividad personal proporciona una perspectiva deformante y reductiva de la personalidad humana, se minimizan los sentimientos, fantasías y la gran densidad y riqueza de las causas motivadas humanas, así como la posibilidad de adoptar una actitud ante ellas.

4. Los presupuestos que se derivan del *modelo sociogénico* del enfermar mental son, en el momento actual, bastante contradictorios. Con el propósito de esclarecer algunos de los criterios utilizados conviene hacer referencia a dos principios fundamentales: a) *el análisis de la familia* y b) *el estudio de los factores sociales como generadores de alteraciones psiquiátricas*.

a) Se ha demostrado (Lewis 1976) que el tipo de relaciones que hay entre los miembros de una familia, correlaciona estadísticamente con el tipo de anomalías que pueden aparecer en todos o algún miembro de ella. Esta afirmación supone considerar que, a la hora de analizar las anomalías en la familia, el problema se centra en que lo alterado son las relaciones y no la familia en sí. Y también, se debe admitir que en la medida en que dicha relación sea conocida en sus componentes esenciales más patógenos podremos impedir la génesis de nuevas alteraciones.

Independiente del número de miembros que compongan una familia, se han establecido unas características psicológicas de la relación familiar que pueden definir un *grupo familiar* como *sano*, *medianamente disfuncional* o *severamente disfuncional*. Estas características son: *autoridad, coaliciones, identidad de los miembros, comunicación, resolución de problemas y capacidad del grupo para generar miembros autónomos*.

Generalmente se puede admitir que las familias que establecen un tipo de *relación sana* se caracterizan por: la autoridad familiar está en manos de los padres y de forma compartida, la coalición entre los padres es fuerte y no hay otras alianzas, es fácil saber lo que cada miembro siente o piensa (límites), cada individuo expresa sus propios sentimientos y pensamientos de forma clara y abierta, se reconocen los problemas y se intentan solucionar entre sus miembros, sus miembros son capaces de decidir por sí mismos responsablemente.

En cambio, en las familias donde se dan *relaciones medianamente disfuncionales* se observa: un patrón de dominancia y sujeción, suele haber alianzas que disputan el poder, aunque los límites son claros hay una considerable distancia entre sus miembros que dificulta su

conocimiento, se articulan ideas u opiniones pero no se expresan los sentimientos, los problemas suelen ser resueltos por el miembro dominante, se dificulta la autonomía entre ellos.

Los elementos de las *relaciones severamente disfuncionales* no son dominantes o sumisos conscientemente. Los papeles que desempeñan son difíciles de definir y no hay una clara estructuración. Así, por ejemplo, hay frecuentes discusiones, incapacidad de tomar decisiones, los miembros aparecen fundidos en una oscura masa impregnada de sentimientos contradictorios, y no se forman límites individuales, los pensamientos y sentimientos son inseguros y confusos, y, por último, se generan miembros extremadamente dependientes e inseguros.

b) En cuanto a la influencia de los *factores sociales* sobre el individuo, y la capacidad de aquéllos de generar alteraciones psiquiátricas, son varias las posiciones que se observan. Cuando un individuo es impactado por un *acontecimiento de la vida*, se ponen en marcha sus mecanismos de adaptación para resolverlo adecuadamente.

Hay que decir que el factor específico de enfermedad está centrado en el individuo, que es quien percibe el acontecimiento de la vida con un determinado significado emocional-simbólico y con un soporte social que influye como marco de referencia.

Tras la revisión de las aportaciones de los distintos autores, hemos construido —sistematizando los acontecimientos— un esquema global comprensivo, a la vez que desarrollamos los aspectos que a nuestro parecer han sido menos tratados.

A. En primer lugar, nos parece importante destacar que el modo íntimo de acción del *acontecimiento*, no es otro que el de producir un aumento de la *ansiedad*. Cuanto mayor es la inseguridad personal, más ansiedad surgirá ante cualquier situación de amenaza, presentándose una emoción exagerada que desemboque en la paralización del proceso de realización de la persona.

Si tenemos en cuenta que el clima óptimo para que se produzca el desarrollo personal lo proporciona el equilibrio de la *ansiedad-seguridad*, un determinado acontecimiento amenazaré el proceso en la medida que supere un cierto umbral de la alteración de ese equilibrio. Pero que hay que admitir también que existen unos «óptimos» de ese umbral que en vez de provocar una crisis, se convierten en un estímulo constructivo para el desarrollo.

B. En segundo lugar, habría que insistir en que el ser humano es un sistema en desarrollo, incompleto y necesitado del medio ambiente para alcanzar su plenitud.

Por esto, no hay inconveniente en admitir el concepto de «síndro-

me de adaptación» propugnado por algunos, si por él se entiende la superación de un obstáculo. La adaptación ante una realidad concreta, léase acontecimiento, es la capacidad de enfrentarse elásticamente con ella.

Conviene señalar, además, que el equilibrio ansiedad-seguridad es consecuencia del soporte *psicobiológico*, de factores *socioculturales*, *hereditarios*, etc., que dan predisposiciones para un determinado tipo de respuestas ante las exigencias del ambiente. Dichas predisposiciones apuntan hipotéticamente hacia dos polos diferentes: *el ansioso y el depresivo*.

Nos referimos al *soporte sociocultural* como al contexto social y cultural en que el individuo se desenvuelve. Como *soporte individual* se hace referencia a aquellos aspectos normativos y criterios sobre la realidad a los que el individuo ha accedido por autoelaboración crítica, que le prestan un sentido propio de la realidad («su realidad»). Dichos soportes protegen al individuo y le prestan una base de seguridad de adaptación.

C. Según esto, *la influencia del acontecimiento va a depender, en definitiva, del momento de dicho equilibrio en el que incide en la persona*. Como es sabido, *hasta la adolescencia*, y en especial durante los primeros años de la vida, el equilibrio ansiedad-seguridad depende estrechamente del soporte sociocultural (familiar en especial), ya que tanto el psicobiológico y el individual se hallan todavía inmaduros.

A *partir de la adolescencia* se supone que el desarrollo de los soportes psicobiológicos (maduración y consolidación de los mecanismos psicofísicos de defensa) y personales (relación de sentido con el mundo), ya dotan al individuo de una mayor estabilidad del equilibrio ansiedad-seguridad, y le protege de cualquier alteración del soporte sociocultural (muerte de los padres, pérdida del trabajo, etc.).

De igual forma, y en la medida en que se hayan desarrollado los soportes psicobiológicos y personales, pero también el soporte sociocultural, pueden hacer de tampones ante el fracaso de uno de ellos. Así, a título de ejemplo, podríamos citar al personaje bíblico de Job que en un breve período de tiempo es impactado por una multitud de acontecimientos de la vida. Dado su extraordinario soporte individual es capaz de superarlos adecuadamente sin tener una respuesta patológica.

En conclusión, consideramos que un determinado acontecimiento impactará a una persona en función del nivel de maduración personal que posea y el grado de consistencia de su equilibrio ansiedad-seguridad, determinado por los tres soportes referidos. De dicho nivel depende la afectación o no ante un determinado acontecimiento y el corres-

pondiente síndrome de adaptación o la respuesta bien o mal adaptativa, de forma que acontecimientos significativos de enfermedad para un individuo no lo serán para otro con distinta cualidad o intensidad de soportes.

5. Frente al modelo fenomenológico también se han establecido una buena porción de críticas, pese a reconocer que la orientación fenomenológica tiene un atractivo intrínseco poderoso, al subrayar la importancia de la individualidad de los seres humanos en general y de cada persona en particular.

Se le reprocha sobre todo, que en este modelo la razón se subordina al sentimiento, y se busca el conocimiento a través de la experiencia subjetiva en lugar de hacer un análisis racional.

El que la aproximación fenomenológica se preocupe de una manera muy estrecha de la experiencia consciente inmediata, supone no prestar suficiente atención a la importancia de la motivación inconsciente, las influencias circunstanciales, los factores biológicos y otros aspectos parecidos en la determinación del comportamiento. La afirmación de que las personas actúan debido a sus percepciones únicas de la realidad no proporciona suficiente información en cuanto a la obtención de una mayor comprensión de las variables que operan en el desarrollo, mantenimiento y modificación de conductas humanas.

BIBLIOGRAFIA

- Psiquiatría*, tomos I, II, III (en preparación). J. J. LÓPEZ-IBOR, C. RUIZ OGARA y D. BARCIA SALORIO, Ediciones Toray, S. A. Barcelona, 1982.
- Tratado de Psiquiatría*, P. BERNARD y CH. BRISSET, Ediciones Toray, S. A., Barcelona, 1975.
- Psiquiatría Clínica*, A. SEVA, Ed. Espax, Barcelona, 1979.
- Fundamentos de la Psiquiatría actual*, Tomos I y II F. ALONSO FERNÁNDEZ, Ed. Paz Montalvo, Madrid, 1969.
- Los problemas de las enfermedades mentales*, J. J. LÓPEZ-IBOR, Ed. Labor, Barcelona, 1949.
- Introducción a la Psiquiatría*, J. A. VALLEJO NÁJERA, Ed. Científico Médica, Barcelona, 1971.
- Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría*, J. VALLEJO, A. BULBENA y A. GRAU, Salvat Editores, Barcelona, 1980.
- Psiquiatría hoy*, S. CERVERA ENGUIX y R. ZAPATA, Salvat Editores, Barcelona, 1982.
- Las escuelas de psicología profunda*, D. WYSS, Ed. Gredos, Madrid, 1975.
- Biological Psychiatry Today*, J. OBIOLS y C. BALLUS, Elsevier, Wohenole, 1979.
- Biological Foundations of psychiatry*, R. GRENELL y S. GALVAY, Raven Press, New York, 1976.

- El Psicoanálisis y la concepción espiritualista del hombre*, J. NUTTIN, Ed. Universitaria de Buenos Aires, 1972.
- La Metapsicología freudiana*, A. POLAINO LORENTE, Ed. Dossat, Madrid 1981.
- Freud y sus dioses ocultos*, J. J. LÓPEZ-IBOR, Ed. Planeta, Barcelona, 1975.
- Doctrinas Psicoanalíticas*, E. MIRA Y LÓPEZ, Ed. Kapeluss, Buenos Aires, 1963.
- Evaluación conductual. Metodología y aplicaciones*, R. FERNÁNDEZ y J. A. CARROBLES, Ed. Pirámide, Madrid, 1981.
- Psicología Experimental. Un enfoque metodológico*, J. ARNAU, Ed. Trilles, México, 1969.
- Modelos experimentales en Psicopatología*, J. D. MASER y M. E. P. SELIGMAN, Ed. Alhambra, Madrid, 1983.
- Terapia del comportamiento*, A. J. YATES, Ed. Trillas, México, 1973.
- Introducción a la Psicopatología General*, CH. SCHARFETTER, Ed. Morata, Madrid, 1976.
- Patopsicología Clínica*, K. SCHNEIDER, Ed. Paz Montalvo, Madrid, 1970.
- Psicopatología general*, K. JASPERS, Ed. Beta, Buenos Aires, 1971.