

## El diagnóstico: un malestar silencioso

### *The diagnosis: a silent malaise*

Ana María Zlachevsky\*

#### Resumen

El artículo se inicia con un caso clínico en el que se diagnostica a una paciente como esquizofrénica. Se esboza la idea de que la psicoterapia desde siempre ha estado ligada a la psicología y a su historia. Se sugiere que las dos corrientes fundamentales de la psicología, la conductista y el psicoanálisis, que incidieron en los modelos de psicoterapia, planteaban la comprensión de la psicología como ciencia natural. Entendiendo la psiquis al interior del cerebro y relacionada con el modelo médico de enfermedad y los manuales diagnósticos, DSM y CIE10. Luego se muestra cómo dichos manuales reducen el mundo del paciente a categorías y estadísticas, desconociendo a la persona situada y contextualizada. Se elabora una crítica a esa comprensión utilizando para ello el movimiento antipsiquiátrico clásico. Sobre esa base y considerando el malestar que puede significar un diagnóstico se invita a mirar el mundo del paciente. Para ello se propone dar un giro ontológico que permita que la psicoterapia emerja en una relación de intimidad, yo - tú, propuesta por Buber.

**Palabras clave:** psicoterapia, movimiento antipsiquiatría, crítica a los diagnósticos, giro ontológico

#### Abstract

The article begins with a clinical case in which a patient is diagnosed as schizophrenic. It outlines the idea that psychotherapy has always been linked to psychology and its history. It is suggested that the two fundamental currents of psychology, behaviorist and psychoanalysis, which influenced the models of psychotherapy, raised the understanding of psychology as a natural science. Understanding the psyche within the brain and related to the medical model of disease and diagnostic manuals, DSM and ICD10. Then it shows how these manuals reduce the world of the patient to categories and statistics, ignoring the person situated and contextualized. A critique of this understanding is made using the classic antipsychiatric movement. On that basis and considering the discomfort that can mean a diagnosis it invites to look out at the patient's world. For this purpose, it is proposed to give an ontological turn that allows psychotherapy to emerge in a relationship of intimacy, I - You, proposed by Buber.

**Keywords:** psychotherapy, antipsychiatry movement, criticism of diagnoses, ontological turn.

---

\* Terapeuta Sistémica Centrada en Narrativas, Supervisora Acreditada. Doctora en Filosofía por la Universidad de Chile. Decana (i) Facultad de Ciencias Sociales (FACSO), Universidad Central de Chile. Correo electrónico: [ana.zlachevsky@ucentral.cl](mailto:ana.zlachevsky@ucentral.cl)

## Un caso clínico

Estela Alon tiene 17 años, es hija única y su madre, soltera.

Desde muy chica fue una niña distinta: decía ver personas que nadie más veía, como también describía colores en torno a la gente con las que estaba.

Para la madre esto no era anormal pues sabía que su propia madre, mientras vivió, también veía cosas. Sin embargo, cuando entró al colegio, una de sus profesoras supo que los compañeritos la encontraban rara y la creían mentirosa. Hizo llamar a la madre y le sugirió que la llevara a un psicólogo o a un psiquiatra pues podía tratarse de una enfermedad mental. La madre, acostumbrada a estas visiones, prefirió enseñarle que estas cosas solo podía hablarlas con ella. Esto hizo más estrecha la relación entre madre e hija.

Cuando Estela tenía 15 años, su madre enfermó de neumonitis. Tardíamente llegó al hospital, donde falleció después de una semana internada. El golpe para Estela fue muy fuerte pues casi no tenían contacto con la familia extendida de la madre. A su padre nunca lo conoció.

Una prima de su madre se hizo cargo de la niña y la llevó a vivir con su familia en Concepción. Allá tuvo que convivir con un primo y una prima desconocidos de edades similares. La falta de su madre hizo que Estela se aislara tanto de sus familiares como de los compañeros de su nuevo colegio. Fue considerada como una niña huraña y depresiva. Como alumna era del promedio.

Estaban empezando la temporada de exámenes y Estela se hallaba bastante nerviosa con los estudios. Por otra parte, todos en la casa estaban también alterados: su primo daba la prueba de aptitud y su prima estaba saliendo con un muchacho que su madre no aceptaba.

En este clima, una noche Estela se atrasó en bajar al comedor y su tía subió a verla. La escuchó conversando sola y en un lenguaje difícil de entender. La tía se asustó y a la semana siguiente, la llevó a consultar un psiquiatra que la diagnosticó como esquizofrénica (DSM IV: 295.30) (Asociación Americana de Psiquiatría, 1994).

Desde entonces comenzó un tratamiento con antipsicóticos que lentificaron tanto su razonamiento como su físico, lo que hizo que se quedara muchas veces inmóvil mirando el vacío. Pasó los exámenes pero al año siguiente fue una de las malas alumnas. Aunque sus tíos trataron de que no se extendiera el rumor, la noticia de que Estela estaba loca, llegó a sus profesores y compañeros. Esto hizo que todos la trataran en forma diferente: algunos parecían tener miedo o recelo en su presencia y evitaban mirarla a los ojos, mientras otros parecían exageradamente atentos.

Para Estela el peor efecto de esta medicación fue perder el contacto con el espíritu de su madre. Cuando llevaba varios meses de tratamiento, llegó al colegio una psicóloga que, observándola en talleres y otras actividades, pensó que, independiente del tratamiento médico, Estela necesitaba consultar a un(a) psicólogo(a). Se lo hizo saber a su tía pero ésta no hizo caso del consejo.

Unos tres meses después Estela hizo un intento de suicidio tomando las pastillas que su tía usaba para dormir. Afortunadamente no tuvo consecuencias fatales. Esto sirvió para que su tía, después de consultar con el psiquiatra, la llevara a consultar a un psicoterapeuta.

## Introducción

Lo primero que conviene aclarar es que casos como el de Estela son muchos. La idea de iniciar este artículo con un caso clínico es para precisar

que las opiniones que se exponen tienen como telón de fondo la psicoterapia.

La psicoterapia ha estado ligada a la psicología, a las conductas llamadas anormales y a la salud mental desde siempre, por lo que no es posible hablar de psicoterapia sin referirse a la psicología. Según Molinari (2003): “la psicología ha producido —de acuerdo a distintas Weltanschauungen— diferentes modelos de hombre, los que a su vez han alimentado la creación de diferentes psicotecnologías” (p. 3), o modelos psicoterapéuticos. Siguiendo el hilo de la historia, es posible decir que la comprensión de lo psicológico necesariamente está determinada por las diferentes formas de comprender a la persona y al ser humano, por tanto distintas maneras de tratar con el comportamiento catalogado como anormal. Según Davison y Neale (1980),

el hombre de la Edad de Piedra, hace medio millón de años, tenía la convicción de que la conducta anormal era obra de los demonios, por lo cual perforó con diligencia y, probablemente con buenas intenciones, partes del cráneo de la persona enferma de manera que pudieran salir de él los malos espíritus. (p. 25)

Para los autores recientemente citados, existen casos similares en el pensamiento de los chinos antiguos, los egipcios y los griegos. Incluso Hipócrates, dicen, planteaba que “recibió sus primeros conocimientos en una de las escuelas griegas especializadas en el tratamiento de la conducta enajenada mediante exorcismo” (Davison y Neale 1980, p. 25). En otras palabras, los enfoques que tratan la conducta anormal van desde la demonología, hasta las distintas formas de psicoterapia de nuestros días.

A pesar de que han pasado varias décadas desde que Eysenck (1952) cuestionara la validez de la práctica psicoterapéutica, en su artículo sobre efectividad en Psicoterapia, todavía hoy dicha disciplina sigue en entredicho. Como sostiene Ascorra (2002) “tanto psicólogos como pacientes, empresas aseguradoras, organismos del Estado, etc. se planteen críticamente frente al tema de la eficacia de la psicoterapia en

término de resultados para los pacientes” (p. 21).

El objetivo de este trabajo no es responder a la pregunta de si la psicoterapia es o no efectiva, sino más bien es una invitación a detenerse a pensar lo que implica una relación terapéutica, en que la intimidad de al menos dos subjetividades está en juego, e invitar a quienes lean este artículo a tomar posición sobre la ontoepistemología a la base de las estrategias que utiliza el terapeuta.

## La Psicoterapia hija de la ciencia

En el siglo XIX —época en que la psicología surge como disciplina independiente—, ésta trató de desarrollarse a la luz del estatuto epistemológico de las ciencias de la naturaleza tratando de explicar “lo humano” como fenómeno natural. Al contexto de ese hecho alude Ortega y Gasset (1964) al sostener que en esa etapa de la fe en la ciencia

no era sólo y primero una opinión individual, sino, al revés, una opinión colectiva, y cuando algo es opinión colectiva o social es una realidad independiente de los individuos, que está fuera de éstos como las piedras del paisaje, y con la cual los individuos tienen que contar, quieran o no. (p. 52)

Por lo tanto, los psicoterapeutas, que nacieron al alero de las corrientes psicológicas o psiquiátricas, prácticamente no tuvieron alternativa. Estaban compelidos a seguir el modelo de la ciencia natural moderna con una fuerza que, en general, no se podía resistir.

No es de extrañar, entonces, que la mayoría de las corrientes terapéuticas nacidas de teorías de los siglos recién pasados —caracterizadas por el acercamiento científico-natural al ser humano, vean al paciente como alguien externo al terapeuta y, de una u otra manera, alguien posible de someter a una observación pautada y, por tanto, ser sujeto de objetivación.

El médico alemán Wilhelm Griesinger, retomando una hipótesis de Hipócrates, “insistió en que el diagnóstico de un desorden mental obedece a causas fisiológicas” (citado en

Davison y Neale, 1980, p. 35). El buscar las causas en la fisiología fue entonces un gran avance, en el sentido de que el desorden mental dejó de ser visto como producto de la posesión demoníaca. Moreno (1997), refiriéndose a ello, escribe:

Griesinger, en 1861, ubica a las enfermedades mentales dentro del cerebro, y las clasifica con tal rigurosidad como para fundar la psiquiatría. Lo psíquico queda subordinado a las funciones de un órgano: el cerebro. La psiquiatría encuentra su piedra basal y el método de la ciencia empírica su objeto de estudio. (p. 94)

Los planteamientos de Griesinger fueron considerados y estudiados por Emil Kraepelin, que en el año 1883 propone un sistema serio y riguroso para clasificar las enfermedades mentales. Kraepelin seleccionó con bastante detención ciertos síntomas, “a los que llamó *síndromes* y que aparecían juntos con tal regularidad que se podía considerar que tenían una sola causa” (Davison y Neale, 1980, p. 35). Ello permitió diferenciar y clasificar los trastornos mentales. Desde entonces la psiquis se ubicó en el cerebro y hasta nuestros días no ha sido fácil mirarla de otra manera.

A principios del siglo XX, Freud, sustentando sus planteamientos en el paradigma de la ciencia, en especial la física, propuso dirigir la mirada al interior del cerebro y ubicar ahí las explicaciones del comportamiento humano. Sostuvo que lo psíquico era la manifestación de un conjunto de fuerzas y energías que provenían de la transformación de la energía metabólica. Estas fuerzas luchaban entre sí para ser liberadas y, de esa manera, poder volver al estado de equilibrio previo. Las llamó fuerzas libidinales o libido. La libido era para él una fuerza pulsional instintiva que daba origen al funcionamiento psíquico. Postuló un concepto de instinto que incluía una raíz biológica junto a la energética, y a partir de allí, según Moreno (1997) “utilizando la idea de la evolución de Darwin, consideró en la historia personal de cada ser humano, fases de maduración y también obstáculos” (p. 94) para el desarrollo. Su teoría, rigurosa y seria, utiliza ciertos planteamientos de la física de entonces

que extrapola al aparato mental o psíquico. Quería dar cuenta del comportamiento humano sobre una sólida base científica, que en aquella época se la podía dar la física.

Uno de los principios básicos que le permitió explicar gran parte de su teoría fue el *Principio de Constancia*, de Fechner. Sobre la base de dicho principio propuso el *principio del placer*. Escuchémoslo en las propias palabras del psiquiatra vienés:

[L]os hechos que nos han movido a opinar que la vida psíquica es regida por el principio del placer hallan también su expresión en la hipótesis de que una de las tendencias del aparato anímico es la de conservar lo más baja posible o, por lo menos, constante la cantidad de excitación en él existente. Esta hipótesis viene a expresarse en una forma distinta la misma cosa, pues si la labor del aparato anímico se dirige a mantener baja la cantidad de excitación, todo lo apropiado para elevarla tiene que ser sentido como antifuncional; esto es, como displaciente. El principio del placer se deriva del principio de la constancia [...]. Profundizando en la materia hallaremos que esta tendencia, por nosotros supuesta, del aparato anímico cae, como un caso especial, dentro del principio de Fechner de la tendencia a la estabilidad, con el cual ha relacionado este investigador las sensaciones de placer y displacer. (Freud, 1981, p. 2508)

Nadie hoy, en el ámbito de la psicoterapia podría dudar de la importancia que tuvo el planteamiento freudiano al instaurar una forma de entender la psiquis, propuesta que llega hasta nuestros días.

La *verdadera realidad psíquica* (termino que utilizó para referirse al inconsciente) siempre guió sus investigaciones, a pesar de que hay veces, en que los psicoanalistas se olvidan de ello. Los planteamientos freudianos pueden haber cambiado en manos de sus continuadores, pero probablemente su método, su modo riguroso y exhaustivo de investigar, su interés por descubrir el misterio del inconsciente continúan hoy vigentes, con pocas variantes en los psicoanalistas ortodoxos.

Así como el psicoanálisis impactó fuertemente a la psicología y a la psicoterapia, fundamentalmente en el área clínica, también dejó una imborrable huella en ellas el conductismo. Skinner es el gran representante de dicha corriente. Aunque el origen de la psicología experimental, puede decirse<sup>1</sup>, data de 1879 —cuando Wilhelm Wundt funda el *Primer Laboratorio de Psicología Experimental*, en Leipzig—, es Skinner quien da el giro científico pragmático al estudio de “lo humano”. El controvertido psicólogo no sólo tuvo influencia en la clínica, sino que llevó sus planteamientos y hallazgos a otras ramas del saber, como el desarrollo de programas de enseñanza de conducta dirigida, técnicas de autocontrol, moldeamiento, enseñanza programada. Desde Freud, en el ámbito de la psicoterapia, ningún autor ha sido tan elogiado, tan mencionado, tan citado erróneamente, tan atacado y tan defendido como Skinner. En su *Autobiography* (1967) da a conocer su teoría del condicionamiento operante y muestra cómo llegó a elaborar sus planteamientos, los que aparecen explícitos, entre otros, en su libro *Registro Acumulativo*.

El conductismo —afirma—, es un planteamiento que hace posible un enfoque experimental efectivo de la conducta humana. Necesita tal vez ser aclarado, pero no discutido. No me queda duda alguna sobre el triunfo final de la tesis, no porque se pruebe si es correcta, sino porque constituirá el camino más directo hacia una exitosa ciencia del hombre. (Skinner, 1967, pp. 409-410)

El único camino certero del conocimiento psicológico —y la posibilidad de ser incluido en el estatuto científico del conocimiento—, debía ser el experimental, entendiendo al hombre desde la perspectiva de la ciencia natural.

Ambas corrientes, la conductista y el psicoanálisis, fueron fundamentales para el desarrollo de la psicología y de la psicoterapia.

---

<sup>1</sup> Digo “puede decirse” ya que de la obra de Wundt suele omitir el hecho de que se dedicó los últimos 20 años de su vida al desarrollo de su obra *Völkerpsychologie* —que podría traducirse como Psicología Cultural—, en la que

Como escribe Capra (1985), estas dos influyentes escuelas de pensamiento psicológico son “muy diferentes en cuanto a sus métodos y a sus ideas sobre la conciencia, y sin embargo adscritas, en su esencia, al mismo modelo newtoniano de la realidad” (p. 194).

Ello, según el mismo autor, es producto de que surgieron en una época “en la que el pensamiento cartesiano estaba dominado por el modelo newtoniano de realidad: por tanto, ambas imitaron los modelos de la física clásica, incorporando en sus esquemas teóricos los conceptos básicos de la mecánica newtoniana” (Capra, 1985, p.185). La objetividad del observador, así como las ideas de neutralidad y de investigación experimental, no permitían cuestionamiento.

Las corrientes psicoanalíticas y cognitivas conductuales no ponen en duda que el investigador y su objeto de estudio, la persona, son entidades distintas y separadas. La neutralidad, requisito de la ciencia, era posible de aplicar a las *ciencias humanas*. Esta particular epistemología afirma Keeney (1991), “cobra múltiples formas, incluidas las de observador y observado, terapeuta y cliente, individuo y familia, teórico y clínico, subversivo y patrón, hombre y naturaleza” (p. 128). El ser humano como un ente sale al encuentro del mundo, el que, a su vez, lo encuentra. Sostiene Keeney (1991), “el hombre actúa sobre el ambiente, el ambiente actúa sobre el hombre” (p. 129). Esta separación entre ambiente y ser humano —que separa al hombre de su medio—, al trasladarse al campo de la terapia, llevó a mirar al paciente, necesariamente, como *lo otro*, como un ente posible de estudiar y definir.

defiende la introducción de métodos histórico-interpretativos como única forma de investigar procesos psicológicos superiores.

## El otro como sujeto de observación y diagnóstico

El comportamiento del “otro” debía ser claramente descrito por el psicólogo y comprensible a la luz de los parámetros culturales vigentes. Cuando no era así necesariamente se incluía en una u otra categoría clasificatoria y se etiquetaba como comportamiento alterado. En el caso de Estela, su diagnóstico es tan objetivo que incluso lleva un número que no necesita interpretación. Esta actividad de ordenamiento, dice Szasz (1964) pasó a ser un imperativo de las llamadas ciencia del comportamiento. De esa manera, el terapeuta se ve obligado a mirar al paciente como sujeto no sólo distinto de él, sino categorizable y diagnosticable. Escuchemos a Anderson (1997): “el terapeuta se convierte en un experto en observar, revelar y reconstruir la historia tal como *realmente* es y tal como *debería ser*. El conocimiento del terapeuta da forma a sus observaciones y las valida” (p. 65).

Según esta perspectiva, mientras mayor conocimiento tenga el terapeuta de teorías explicativas, mientras mayor neutralidad y objetividad caractericen sus apreciaciones, mayor tranquilidad para ejercer su rol y mejor podrá ayudar al paciente.

Refiriéndose al comportamiento normal y anormal, Szasz (1964) plantea que los psiquiatras consideraron “que la enfermedad mental era un problema separado e independiente del contexto social en el que aparecía” (p.62), de tal manera que era *la persona* la que enfermaba. Así, en el decir de Anderson (1997), el papel del terapeuta pasó a ser el de “diagnosticar la disfunción o el defecto” (p.67); describiendo su falla y la posible causa de ésta podría prever la forma de trabajar con la persona de modo de devolverlo al estado *normativo* esperable. La misma autora escribe:

[L]os diagnósticos operan como códigos culturales y profesionales para recolectar, analizar y ordenar datos a la espera de ser descubiertos. A medida que se descubren similitudes y pautas, la gente y sus problemas se

asignan a un sistema de categorías de deficiencia, mantenido a través del lenguaje y los vocabularios de las psicoterapias, entonces, son impersonales y desconocen el carácter singular de cada individuo y situación. (Anderson, 1997, p.67)

La terapia tradicional —que nació siendo hija del paradigma científico—, se fundó, a la par, en el *modelo médico* de enfermedad y, por tanto, de curación.

La descripción de patologías, y el levantamiento de datos rigurosos, específicamente en el ámbito de la salud mental, llevó a la elaboración del *Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales* (en inglés, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM), elaborados por la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos. Dicho manual, que actualmente va en la versión quinta, contiene en el cuerpo del texto una clasificación detallada y sistemática de los trastornos mentales proporcionando claras categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud puedan no sólo diagnosticar, sino intercambiar información.

Pero como su nombre lo dice, los comportamientos anormales son desviaciones respecto a una norma. Esta clasificación permite situaciones paradójicas, tal como la informada por Ferreira (1991) acerca de una investigación realizada en Estados Unidos. En dicho estudio, las características asignadas al adulto sano general coincidían con las del hombre adulto sano, pero no así con las de la mujer adulta sana. De acuerdo con estos resultados, concluye que “se puede ser hombre y adulto sano simultáneamente, pero pareciera que no se puede ser mujer sana y adulto sano a la vez” (p. 222). A su vez Pérez (2015), advierte que la normalidad o sanidad es la del “*hombre* (literal: varón), blanco, adulto, racionalista, productivo, emprendedor, padre, relativamente contenido en su expresión, que se adapta fácilmente a las rutinas del trabajo (del que sea) heterosexual (en el sentido preciso de relación hombre-mujer)” (p. 161). Son esas características las que

dan la pauta para estudiar desviaciones estadísticas.

Si bien la OMS (*Organización Mundial de la Salud*) recomienda el uso del Sistema Internacional denominado *CIE-10*, cuyo uso está generalizado en todo el mundo, su base de análisis no es distinta. La lista de códigos *CIE-10*, *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud* (del inglés ICD, *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*), va en su décima versión; de ahí su nombre, *CIE-10*. Dicho manual provee los códigos para clasificar las enfermedades mentales, es decir las desviaciones de la norma, y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, y causas externas de daños y/o enfermedad. Cada condición de salud puede ser asignada a una categoría y darle un código de hasta seis caracteres de longitud, en formato de X00.00 (Organización Panamericana de la Salud, 2003). Esta posibilidad de manuales clasificatorios de las enfermedades mentales es posible, entre otras cosas, en tanto la mente es concebida estando al interior del cerebro.

Quienes nos dedicamos a la psicoterapia sabemos lo que implica un diagnóstico. Los diagnósticos no responden a causas unívocas e inequívocas y las posibilidades de error son muchas. La comprensión de la psiquis al interior del cerebro, empieza a ser revisada y muchas veces, como sostienen Bertrando y Tofanetti (2004), “atacada frontalmente” (p. 93). Los terapeutas chilenos no hemos estado ajenos a ese debate, y gracias a las investigaciones de Gregory Bateson, Margaret Mead y otros antropólogos orientados al estudio de distintas culturas, en algunos de ellos “surge una crítica radical de la psiquiatría y de las variadas terapias” (Bertrando y Tofanetti, 2004, p.93), crítica en la que se destacan los planteamientos del conocido movimiento antipsiquiátrico.

## El movimiento antipsiquiátrico

Uno de los giros que cuestiona la mente al interior del cerebro está dado por el movimiento antipsiquiátrico, término acuñado

por el terapeuta y filósofo marxista David Cooper (1985) en su conocida obra *Psiquiatría y antipsiquiatría*, escrita en el año 1967. No obstante, es posible situar el comienzo de este movimiento en 1957, cuando Thomas Szasz, psiquiatra húngaro radicado en los Estados Unidos, pone en duda la realidad de la enfermedad mental entendida como un suceso que ocurre al interior del cerebro, y hace pública su tesis en la obra *Dolor y placer* (1988). Para Szasz, la enfermedad mental no es otra cosa que una etiqueta, una palabra, no tiene existencia en sí. Según los psiquiatras italianos Bertrando y Toffanetti (2004), para Szasz “toda la historia de la psiquiatría es una historia de mitos” (p.95).

Es posible definir el movimiento antipsiquiátrico que Pérez (2015) llama clásico como un movimiento crítico, que tuvo repercusiones en distintos países y que se caracteriza por cuestionar las prácticas psiquiátricas tradicionales y la noción de enfermedad mental al interior del cerebro. Szasz en su libro *El mito de la enfermedad mental* (1964) sostiene que “los psiquiatras consideraron tradicionalmente que la enfermedad mental era un problema separado e independiente del contexto social en el que aparecía” (p.62). El profesional debía ser capaz de hacer volver al individuo al mundo de dónde provenía, pero, hacerlo volver normal. En el caso de Estela que dejara de alucinar.

Los planteamientos de Szasz fueron bastante controvertidos y tuvo serias repercusiones en el ámbito profesional, hasta el punto de que casi lo dejó fuera del mundo psiquiátrico y del universitario. Sólo pudo seguir ejerciendo en una cátedra en el *Medical Center Upstate de Syracuse*, en el estado de Nueva York. Si bien Szasz no se consideraba a sí mismo como un antipsiquiatra, el resto de los académicos de salud mental sí lo incluyen en este movimiento.

La influencia del pensamiento de Laing también fue de gran importancia, especialmente con la publicación de su libro *El yo dividido: un estudio sobre la salud y la enfermedad* (1964). Su interés por la fenomenología y el existencialismo, rechaza gran parte de los asuntos que gobiernan

el pensamiento psiquiátrico de la época, poniendo el acento sobre otra forma de entender la salud mental, el contexto del que el paciente forma parte, es decir el individuo situado. A pesar de que como afirma Balbuena (2011), Laing decía “no me veo a mí mismo como un antipsiquiatra” (p. 677), ha sido reconocido como parte de esa corriente.

Los antipsiquiatras no cuestionan el hecho de que algunas personas tengan problemas psicológicos; tampoco cuestionan que la psicoterapia sea inútil; lo que cuestionan es el origen poco claro de estos problemas, así como el que sean llamados enfermedades mentales. Sobre todo, discuten las opciones médico-farmacológicas de los tratamientos, lo que Foucault llamó *la medicalización de la vida* (Foucault, 1977) y el comprender los problemas psicológicos como problemas *de la persona*, desconociendo el contexto en que la llamada enfermedad mental emerge (familia, escuela, exigencias sociales y laborales, relación de pareja, etc.). En el caso de Estela su origen mapuche. Por su parte Cooper (1985) afirmaba que lo que se llamaba locura es producto de un estilo de sociedad, y que su verdadera solución pasaba por una acción política, no por un diagnóstico y tratamiento de la persona, mal llamada, a sus ojos, enferma.

Según Szasz (1964), la psicología y la psiquiatría, mantuvieron una estrecha relación con la filosofía, hasta finales del siglo XIX. “Desde entonces, los psicólogos se han considerado científicos empíricos, y se supone que sus métodos y teorías no difieren de las del físico o el biólogo” (Szasz, 1964, p. 21). A pesar de los años que lleva la psicología clínica tratando de ser considerada científica, ello no se ha logrado. Opazo (1992) afirma:

[E]l epistemólogo Thomas Kuhn se pregunta: ¿cómo es posible que los científicos sociales tengan la misma cualidad intelectual, la misma viveza, creatividad y aptitud lógica que un físico, un químico o un biólogo contemporáneo, y su ciencia sin embargo no haya sido capaz de logros semejantes? La respuesta a la interrogante de

Kuhn se desprende casi directamente: nuestro objeto de estudio es más difícil de conocer. (p. 43)

¿Será sólo eso? ¿Será únicamente que nuestro objeto de estudio es más difícil de conocer —lo que parece efectivo—, o será que, además, nuestro objeto de estudio no es susceptible de ser *objetivado* en un sentido científico-natural?

El terapeuta interpreta lo que le pasa al paciente desde su particular perspectiva, no podría ser de otra manera. Pero, dada la gran cantidad de teorías que sirven de base para explicar su trabajo, se requiere, como sugiere Sartre (1971), “dilucidar primero las nociones de hombre, de mundo, de ser-en-el-mundo, de situación” (p. 30) que el terapeuta profesa, de lo contrario su quehacer se reduce a la aplicación de técnicas sin la debida fundamentación ontoepistemológica que sustenta lo que hace.

## El giro ontológico

Abordar la noción de hombre de cada terapeuta no permite un pensamiento al estilo del pensamiento científico, sino que exige un pensar de otra manera, un pensar las propias creencias y cómo ello se traduce en una interacción terapéutica. Pero ello no es fácil de alcanzar, en tanto por lo general nuestras reflexiones tienden a poner de manifiesto aquello que aprendimos de manera *automática* —y sin siquiera percatarnos de ese *automatismo*—, sobre los hechos y acontecimientos. Para acercarnos a esta otra forma de pensar, en las que nuestras creencias fundamentales se transparenten, se necesita detenernos a meditar sobre cómo cada uno entiende el misterio de la vida y responde a la pregunta *¿qué es el ser del ser humano?* o *¿qué significa decir que uno mismo es?* Dicha pregunta no es habitual en los estudios sistemáticos de la psicología por lo que no hay costumbre de reflexionar sobre lo ontológico. Heidegger (1964) sugiere que para ser capaces de pensar seriamente sobre aquello, la trascendencia del ser humano, se requiere que *aprendamos* a pensar de otra manera. Siguiendo lo que propone en el libro *¿Qué significa pensar?*, podemos decir que el hombre aprende



en la medida que se vea interpelado a ello. En el libro *Relatos clínicos, Filosofía y terapia narrativa* (2015) expongo que en mis clases al hacer la pregunta por lo que entiende cada terapeuta por el ser del ser humano la respuesta, siempre, es de *sorpresa*.

Cuando Heidegger se refiere a detenerse a pensar no está insinuando que *en todo momento* tengamos una actitud de pararnos a reflexionar sobre lo fundamental y lo accesorio de cada situación a la que nos vemos enfrentados, lo que paralizaría nuestro actuar (o poco menos), sino que ese tipo de pensar debería estar presente cuando la situación a la que nos enfrentemos amerite ser meditada, de tal manera que *no* nos escapemos de reflexionarlas o no demos respuestas añejas que ya no hacen sentido a quien está pensando. En otras palabras, detenerse a pensar en la propia concepción ontológica. ¿Creemos que el ser humano que nos mira a los ojos y nos dice que la vida le duele es posible de objetivar?

Heidegger en su *Carta sobre el humanismo* (2001) sostiene: “el pensar, dicho sin más, es el pensar del ser” (p.261). No pensar el ser en el modo de la conceptualización —es decir, en el modo de definirlo, apoderarse de él, calcularlo, dominarlo y controlarlo—. Es especialmente necesario tener que pensar seriamente en el ser hoy en día, dado que “en la interpretación técnica del pensar se abandona el ser como elemento del pensar” (p. 260). Desde la modernidad o época técnica el pensar sobre el ser ha estado ausente y la idea de trascendente particularmente mal entendida, desechada. Para que podamos volver a pensar-lo “nos tenemos que liberar de la interpretación técnica del pensar” (Heidegger, 2001, p.260), que a ojos de Heidegger se remonta, en último término, a Platón y Aristóteles.

Como es sabido, Heidegger, ya en *Ser y Tiempo* (1998), antes, inclusive, se refiere al pensamiento ontológico, un pensamiento que dirige su preguntar al hombre situado aquí y ahora (*Dasein*). Sostiene allí el pensador de Friburgo que “lo puesto en cuestión en la pre-

gunta que tenemos que elaborar es el ser” (Heidegger, 1998, p. 29). Esforzarse por abrir la mirada a tratar de entender de otra forma al *hombre* y a la *mujer* en psicoterapia, a aquellos que frente a nosotros nos dicen que la vida les duele y ante los cuales, en innumerables ocasiones, el terapeuta se queda sin respuesta, o busca, ciego, respuestas dadas por distintas teorías que, en definitiva, no lo satisfacen.

La psicoterapia *científica* no ha estado orientada hacia pensar lo ontológico, eso es claro, ha estado orientada, más bien, a cifras, a promedios, a efectividad, a metas. No obstante, los reportes de resultados no son del todo satisfactorios o son francamente insatisfactorios. No es poco usual hoy en día encontrar artículos como el de Barbara Stock intitulado “Preguntas últimas. Un terapeuta confrontando su propio pensamiento mágico” (2009, p 61). Este tipo de artículo, que con anterioridad parecía que sólo estaba presente en las publicaciones esotéricas, forma parte de revistas importantes en el ámbito de la psicoterapia, como *Psychotherapy Network*, o forma parte de las discusiones de investigadores en psicoterapia como las del congreso de la *Society for Psychotherapy Research*, realizado en junio de 2009 en Santiago de Chile. Quisiera mencionar, a modo de ejemplo, que un panel que tuvo mucho éxito en el mencionado congreso fue el de la Dra. Peláez, de la Universidad Católica de Chile, que llamó *La espiritualidad del terapeuta y la práctica terapéutica* (*Society for Psychotherapy Research*, 2009, p.71), donde enfatizó la importancia de la espiritualidad en los procesos psicoterapéuticos. No estoy diciendo que se deba incluir la espiritualidad, sino tener una postura frente a la interrogante de qué es el ser humano, la vida y la trascendencia.

Una afirmación, que ha sido bastante polémica en el pensamiento de Heidegger (1964) es la frase *la ciencia no piensa*. Como él mismo afirma, la frase *la ciencia no piensa*, si no es leída en el contexto en el que se está planteando, puede para muchos parecer escandalosa,

aun cuando agregamos enseguida, como posdata, que la ciencia, no obstante, tiene que ver constantemente y en su manera especial, con el pensar. Esta manera, con todo, sólo será auténtica y fecunda en lo sucesivo, si se ha hecho visible el abismo que media entre el pensar y las ciencias, y esto en calidad de insalvable. No hay aquí puente alguno, sino solamente un salto. (Heidegger, 1998, p. 13)

La ciencia y la filosofía transitan por caminos diferentes. No hay caminos que permitan pasar de un saber al otro con un tránsito de pasaje a través de un puente que una ambos saberes, sino que entre ellas no hay más que un gran salto. Ambos abordajes de la realidad son absolutamente discontinuos, orientados a la búsqueda de verdades también distintas. Entre otras cosas, la ciencia es apegada al fundamento y a la búsqueda de fundamentos; en cambio, la filosofía se permite cuestionar el fundamento — y tiene que hacerlo—. El problema es, ¿la vida humana tiene fundamento?

La filosofía no pretende *demostrar* al modo de la ciencia la importancia de lo ontológico. En última instancia, el sendero del pensamiento por el que va a transitar es particular para cada uno, y ello el hombre debe transitarlo en solitario. Lo ontológico, el pensar en la vida humana, no amerita demostración sino más bien una mostración. Por ello, es posible decir que Heidegger instaura un giro en el pensamiento, desde el cual es posible escuchar una frase tan discutida como la que habla del “olvido del ser”. No se trataría de que, *sin más*, el hombre se olvidó de pensar en el ser, sino que lo hizo desde una determinada comprensión de lo humano, que podría llamarse antropológica. El llamado “olvido del ser” se ha dado sobre la base de una interpretación filosófica que evalúa la totalidad de lo que es *partiendo del hombre y centrándose sólo en él*. Escribe Heidegger (2001) que “el olvido del ser se anuncia indirectamente en el hecho de que lo único que el hombre considera y vuelve siempre a tratar es lo ente” (p.278). El pensar lo ontológico ha sido olvidado por la psicología y es momento que cada uno lo asuma, de modo de no sólo estar contrariado por las estadísticas que se exigen en los consul-

torios, sino preguntarse ¿de dónde viene esa exigencia?

## La intimidad en la relación terapéutica

El pensar, el meditar sobre lo ontológico lleva a que los terapeutas seamos capaces de repensar nuestra disciplina y nos abramos a nuevas comprensiones. Ello en la medida de que los problemas del mundo, específicamente los que tienen *directa* relación con lo humano, no se muestran perfectamente definidos. Tienden, como sostiene Schön (1996), “por el contrario, a presentarse como situaciones confusas, indeterminadas y problemáticas” (p. 191), a las que no es posible aplicar técnicas estandarizadas establecidas *a priori*, sino que requieren un acercamiento distinto y creativo de lo que se está comprendiendo como relación terapéutica. En el caso de Estela, ¿para qué le servían las voces?

Cualquiera sea el objetivo terapéutico, la psicoterapia se da en un espacio de intimidad y necesariamente implica una validación del mundo del otro. Lo que Martin Buber llama la dupla yo-tú, que a mis ojos es la base de la terapia. Es en la *relación yo-tú* donde emerge el diálogo íntimo y en donde cada persona confirma a la otra como valor único. El otro al ser reconocido como un tú, emerge como otro legítimamente válido. Buber (2006) la opone a la relación yo-eso. Por el contrario al ver al tú, como un eso, separado de mí, se reduce “la plenitud sustancial a la puntualidad funcional de un sujeto que experimenta y que usa cosas” (Buber, 2006, p.33); entonces, se mira al otro a través de una lupa objetivadora, capaz de categorizar y diagnosticar. Estela, dejó de ser ella, desapareció su inmenso mundo de raíces mapuches y pasó a ser “una esquizofrénica que escucha voces”.

En las relaciones de intimidad entre el Yo y el Tú no media ningún sistema conceptual, ninguna presencia y ninguna fantasía, sólo la actualidad del diálogo. Hay sólo presencia actual, una danza conversacional de validación mutua. El

lenguaje, continúa Buber, “no está en el hombre, sino que es el hombre que está en el lenguaje” (Buber, 2006, p.33). Como agrega el filósofo austríaco: “el ser humano habla en diversas lenguas: la lengua verbal, la del arte, la de la acción, mas el espíritu es uno, es una respuesta al tú que emerge del misterio y nos habla desde el misterio” (Buber, 2006, p.33). ¿Cómo cada uno entiende ese misterio? ¿El terapeuta se ha hecho esa pregunta?

Para poder interactuar en psicoterapia desde una relación *yo-tú* es necesario un pensar distinto del pensar técnico o pensar computante, (*rechnendes Denken*) propio de la ciencia que lleva constantemente de una probabilidad a otra “más eficaz”, de un registro estadístico a otro. La modalidad del pensar de la ciencia “no es un pensar que piense en pos del sentido que impera en todo lo que es” (Heidegger, 1989, p. 18). El pensar computante, que se juzga según los criterios de la lógica, no facilita el proceso terapéutico ni la relación de intimidad de un “yo-tú”. El terapeuta debe ser capaz de *dejar ser* a su paciente. Debe respetarlo, escucharlo con aceptación. Si no lo logra, dado que sus propias posibilidades de estar-en-el-mundo se lo dificultan, debe derivarlo a otro terapeuta, dado que, de lo contrario, no podrá fluir en la espontaneidad y la transparencia de un *yo-tú*.

Para poder dejar ser a su paciente y comprenderlo, el terapeuta requiere una actitud tranquila y una disposición al encuentro. En palabras de Acevedo (1989), es posible una relación serena acogedora “respetuosa, que deja ser a los entes lo que son, sin imposiciones ni exigencias” (p. 104). ¿No es esa actitud la base de la psicoterapia? A través de una actitud de serenidad, podemos detenernos a pensar en el sentido de la psicoterapia y, tomando la frase de Holzapfel (2003), “el hombre es el buscador de sentido” (p. 17), buscar el sentido que tiene para los que nos dedicamos a esta labor. Detenerse a reflexionar sobre la ontoepistemología que sustenta el quehacer psicoterapéutico y responder si es posible que el encuentro con

otro, propio de la psicoterapia, pueda responder al lenguaje de la ciencia.

Heidegger (1989) afirma que:

[C]ada uno de nosotros puede, a su modo y dentro de sus límites, seguir los caminos de la reflexión. ¿Por qué? Porque el hombre es el *ser pensante, esto es, meditante*. Así que no necesitamos de ningún modo una reflexión ‘elevada’. Es suficiente que nos demoremos junto a lo próximo y que meditemos acerca de lo más próximo: acerca de lo que concierne a cada uno de nosotros aquí y ahora; aquí: en este rincón de la tierra natal; ahora: en la hora presente del acontecer mundial. (p. 19)

Francisco Soler (1983) escribe: “oigamos a Heidegger, que repite los versos de Hölderlin, el poeta:

«Pero donde hay peligro, crece también lo salvador»”.

Y añade: “¿A que se llama salvar? Significa: soltar, liberar, cuidar, albergar, tomar en custodia” (Soler, 1983, p. 22).

Este artículo es sólo una invitación a detenerse a pensar en cómo cada terapeuta entiende al ser humano y a tomar en serio esa comprensión, ya que en una modificación de ella reside lo único que permitiría, a mis ojos, dejar de entender la terapia como un conjunto de técnicas deshilvanadas a aplicar. De esa manera, las técnicas —si así se las quiere llamar— que cada terapeuta quiera usar, se desprenderían —en forma congruente con su propia forma de mirar y entender—, de su forma renovada de entender lo humano, la que se traduce en una actitud ética de respeto por el otro. Poder mirar a las Estelas del mundo y decir y decirse “la entendí”. Tal vez las voces, que no molestaban a nadie, le permitirían sentir la presencia de su madre.

Quisiera terminar esta reflexión citando a Taylor (1996), quien sostiene que el asunto es:

¿a través de qué definición de los marcos referenciales encontraré los apoyos que tengo en ellos? En otras palabras, asumimos como algo básico que el agente humano existe en un espacio de interrogantes. Y ésos son las interrogantes a

las que responden nuestros marcos de referencia, brindándonos el horizonte dentro del cual sabemos dónde estamos y qué significan las cosas para nosotros. (p. 45)

Estela encontró una creativa forma de enfrentar su soledad, una manera de entrar en conversaciones con su madre que no perjudi-

caban a nadie. Las realizaba en solitario, eran parte de su cultura mapuche y de lo que aprendió con su abuela machi. Pero, las consecuencias del diagnóstico la llevaron a casi interferir con su vida ¿quién se responsabiliza de su malestar silencioso?

## Referencias

- Acevedo, J. (1999). *Heidegger y la época técnica*. Santiago, Chile: Universitaria.
- Anderson, H. (1997). *Conversaciones, lenguaje y posibilidades. Un enfoque postmoderno de la terapia*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Ascorra C., P. (2002). Cómo y para qué se ha instaurado el discurso de la maximización de beneficios en la esfera psicoterapéutica: análisis de las evaluaciones de costo-beneficio. *Psicoperspectivas*, 1(1), 21-43.
- Asociación Americana de Psiquiatría (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª ed.). Washington D.C, EU: APA.
- Balbuena R., F. (2011). R.D. Laing: un rebelde que desafió el orden psiquiátrico imperante. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(112), 679-691.
- Betrando, P. y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar. Las ideas y los personajes*, Barcelona, España: Paidós.
- Buber, M. (2006). *Yo y Tú y otros ensayos*. Buenos Aires, Argentina: Lilmod.
- Capra, F. (1985). *El punto crucial*. Barcelona, España: Kairós.
- Cooper, D. (1985) *Psiquiatría y Antipsiquiatría*. Barcelona, España: Paidós.
- Davison, G. y Neale, J. (1980). *Psicología de la conducta anormal*. México DF, México: Limusa.
- Eysenck, H.J. (1952). The Effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16(5), 319-324.
- Ferreira, G. (1991), *La mujer maltratada*. Buenos Aires, Argentina: Sudamericana.
- Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educación médica y salud*, 11(1), 3-25.
- Freud, S. (1981). Más allá del principio del Placer. En S. Freud, *Obras Completas* (Tomo VII). Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Heidegger M. (1964). *¿Qué significa pensar?* Buenos Aires, Argentina: Nova.
- Heidegger, M. (1989). *Serenidad*. Barcelona, España: Ediciones del Serbal.
- Heidegger, M. (1998). *Ser y Tiempo*. Santiago, Chile: Universitaria.
- Heidegger, M. (2001). Carta sobre el Humanismo. En M. Heidegger, *Hitos* (pp. 259-297). Madrid, España: Alianza.
- Holzapfel, C. (2003). *Crítica de la razón lúdica*. Madrid, España: Trotta.
- Keeney, B. (1991). *Estética del cambio*. Barcelona, España: Paidós.

- Laing, R.D. (1964). *El Yo dividido: un estudio sobre la salud y la enfermedad*. México DF, México: Fondo de Cultura Económica.
- Molinari, J. (2003). Psicología clínica en la Postmodernidad: perspectivas desde el construccionismo social. *Psykhé*, 12(1), 3-15.
- Moreno, J. D. (1997). ¿Podríamos no hablar de salud mental? *Sistemas Familiares*, 13(2), 93-98.
- Opazo, R. (1992). El hombre y el conocimiento del hombre. En R. Opazo (Ed.), *Integración en psicoterapia* (pp. 40-48). Santiago, Chile: Cecidep.
- Organización Panamericana de la Salud (2003). *Boletín Epidemiológico*, 24(2).
- Ortega y Gasset, J. (1964). *Historia como Sistema*. Madrid, España: Revista de Occidente.
- Pérez, C. (2015) Antipsiquiatras Clásicos y Actuales. Colección *Proposiciones*. Recuperado de: <http://www.cperezs.org>
- Sartre, J.P. (1971). *Bosquejo de una teoría de las emociones*. Madrid, España: Alianza.
- Schöhn, D. (1996). La crisis del conocimiento profesional y la búsqueda de una epistemología de la práctica. En M. Packman (Ed.), *Construcciones de la Experiencia Humana*, 1 (pp. 185-212). Barcelona, España: Gedisa.
- Skinner Burrhus, F. (1967). Autobiography. En E.G. Boring y G. Linzey (Eds.), *History of psychology in autobiography*, 5, New York, EU: Appelton Century Crofts.
- Society for Psychotherapy Research (2009). *Books of abstracts*. Santiago, Chile: Centro de Extensión de la Universidad Católica de Chile.
- Soler, F. (1983). *Apuntes acerca del pensar de Heidegger*. Santiago, Chile: Andrés Bello.
- Stock, B. (2009). Ultimate questions. A therapist confronts her own magical thinking. *Psychotherapy Network*, Mayo/Junio.
- Szasz, T. (1964). *El mito de la enfermedad mental. Bases para una teoría de la conducta personal*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Szasz, T. (1988). *Pain and Pleasure: A Study of Bodily Feelings*, New York, EU: Syracuse University Press, Basic Books.
- Taylor, Ch. (1996). *Fuentes del yo, la construcción de la identidad moderna*. Barcelona, España: Paidós.
- Zlachevsky, A. M. (2015). *Relatos clínicos, Filosofía y terapia narrativa*. Santiago, Chile: Ediciones Mayor.

**Recepción:** 20-julio-2017

**Aceptación:** 25-agosto-2017