

ALGUNAS APORTACIONES DE LA CIBERNETICA Y LA TEORIA GENERAL DE SISTEMAS, A LA PSICOPATOLOGIA Y LA PSIQUIATRIA

Leandro Herrero Velasco

Universidad Autónoma de Barcelona

ADVERTENCIA

Las incursiones epistemológicas de algo sobre algo, suelen ser peligrosas. La Psiquiatría ha sufrido y sufre tantas incursiones como excursiones, a veces casi campestres. Parece un terreno donde todo el mundo puede ir de picnic sin temor a ser multado. Por ello albergo dudas sobre la seriedad conceptual de lo que voy a verter. No obstante, avisado con tiempo el lector, mi pecado será siempre algo menor. Históricamente, la psiquiatría está en crisis de identidad. Se parece a esas crisis adolescentes de la que uno corre el riesgo de no salir hasta la tercera edad. La interdisciplinariedad es defendida con ahinco en casi todos los sectores. Sin embargo, parece claro que el amplio espectro que comunmente se le atribuye a la disciplina a la que me dedico, acabará por definirse alguna vez. Cuando la Cibernética o la Teoría General de Sistemas (TGS) incurre en el campo de la psicopatología o de la praxis psiquiátrica, lo hace hoy con cierta timidez. Lo que menos pretende es convertirse en una de las múltiples escuelas y enfoques del mercado psicológico. No es una tribu más. No es otra psiquiatría. La TGS, ha rendido frutos a la sociología, a la economía, la ingeniería, la biología, etc. Aunque a veces no se sepa muy bien si los frutos provienen directamente de la TGS, o de los instrumentos utilizados por la TGS (Análisis operacional, Teoría de Modelos, etc...) qué duda cabe que la complejidad del mundo viviente, o del que vivimos, precisa algún tipo de abordaje holista para no perder el norte entre tanta rata. Me refiero a las ratas psicológicas de nuestros laboratorios experimentales, que aún deseables para darnos el dato concreto, no constituyen precisamente el núcleo de lo que podríamos llamar, el interés por una especie viviente algo más evolucionada. Me refiero a eso que

ha sido llamado el único servomecanismo no lineal de 75 Kgs., capaz de ser reproducido por mano de obra no especializada: el Hombre. Por todo lo anterior, lo que sigue, hay que tomarlo con cautela. Permítanme solicitar el 50 % benevolencia y curiosidad. No sé si mucho de lo que viene es riguroso desde el punto de vista epistemológico, pero sí lo es desde el de la evolución personal de la óptica de un clínico. Siguiendo con las advertencias, el autor, por si no quedara claro después es un psiquiatra clínico. Esto quiere decir que lo que se dice, se dice desde esa posición, no ya epistemológica-metodológica, sino simplemente de praxis profesional. Con la lupa de la crítica de la epistemología, no sé si saldremos bien parados. Mis gafas son las del contacto diario con la enfermedad mental, y lamento no utilizar bifocales que me permitan asegurarme de que la visión es perfecta, se mire lo que se mire. En cierta manera además, lo que sigue, es el desarrollo del "discurso" de un clínico. Es una enredadera de caminos que conducen a ciertos lugares, a donde, con seguridad, otros habrán llegado ya por la vía rápida. Yo lamento la lentitud en encontrar el vericuetto, y a la vez, me curo en salud, con la advertencia de que van quedando en el camino senderos inexplorados, por los que o no he tenido tiempo de entrar o no me he atrevido a hacerlo.

He preferido utilizar un tono desenfadado a lo largo de la exposición por varias razones. La primera es que el aburrimiento no es condición necesaria para el rigor. La segunda es que la extrema seriedad produce alteraciones gastrointestinales. Y la tercera es que el Prof. Sanvicens ha sido extremadamente amable para conmigo al invitarme a participar como ponente en este Seminario interdisciplinario. Tal amabilidad solo la puedo pagar exponiendo lo que sigue tal como saldría en un coloquio amistoso, no como un discurso de ingreso en la Academia de los que han llegado a la Verdad. La redacción de este documento debe servir para reflexionar, no para axiomatizar. La reflexión es más fácil en la charla entre amigos. Y eso, casi eso, es lo que pretendí hacer el día del Simposio y lo que ahora me pide, insistente y eficazmente el Dr. Martínez, ponga en palabras. A lo que me atengo por deber de compromiso y mínimo gesto de agradecimiento a los que han supuesto muy bondadosamente que yo podría decir algo sobre el tema.

INTRODUCCION: ESCUELAS Y CONCEPCIONES

Cualquier clasificación de las ideas y la praxis psiquiátrica en la historia moderna de la Psiquiatría, es por fuerza una clasificación parcial, por cuanto la diversidad de ellas y la propia evolución del conocimiento en las ciencias afines o que la sustenta, hacen casi imposible establecer unos criterios formales universales. Con un cierto reduccionismo premeditado, creemos se han dado y dan, cuatro grandes bloques diferenciados que representan concepciones distantes, no únicamente en cuanto a la concepción misma de la enfermedad mental, sino además lógicamente en cuanto a las praxis de la psiquiatría que se derivan. No puede pretenderse que las distintas ópticas sean simplemente diferentes perspectivas científicas de un mismo conjunto de fenómenos. Nada más lejos de la realidad. Cada bloque supone una concepción distinta acerca de las causas que conducen a un individuo una determinada psicopatología. Detrás de cada concepción acerca de las causas, hay una concepción del mundo. Pues bien, vamos a interesarnos por el problema de las

causas sin extendernos hacia las ideologías, concepciones del mundo y la realidad social que están tras estas ideas. Establecer cuatro grandes bloques es algo puramente convencional. Creo que podemos estar todos de acuerdo en líneas generales. Poner adjetivos es difícil y arriesgado sobre todo en un momento social en que la palabra puede ser instrumento de discusiones bizantinas. No obstante lo vamos a hacer con la seguridad de que vamos a admitir la convencionalidad.

La Tradición médica

Existe un bloque representado por la "Psiquiatría Médica", que tiene en Kraepelin y Bleuler sus progenitores, y que arranca de forma inmediata de las ideas de Greisinger en el siglo XIX. Como es sabido, lo que ha sido llamado "el modelo de la parálisis general progresiva", fué durante tiempo la esperanza de la nosología psiquiátrica kraepeliana. Este modelo defraudó espectacularmente como todos sabemos. Pero se mire por donde se mire, resulta por lo menos curioso, que después de tanto tiempo, se siga invocando este fracaso para asimilar "modelo de la PGP" a "modelo médico". Decir que no sirve para la enfermedad mental y/o para la Psiquiatría es una de las frases más cotizadas y esperadas por cualquier conferenciante o profesor. Vamos a volver después sobre ello, pues un atrevimiento nuestro es la reivindicación de este modelo, que ciertamente no es precisamente el de la PGP.

Psicopatología Ambientalista

Un segundo bloque —y el orden no es necesariamente cronológico— está representado por lo que se podría llamar "Psiquiatría Ambientalista". Seguimos aplicando un premeditado y no menos advertido reduccionismo, ya que metemos en este cajón de sastre a escuelas conductistas y neoconductistas junto a algunos sectores de la llamada Psiquiatría Social. Alejados las más de las veces desde el punto de vista ideológico, valga identificar este bloque por un acento a veces obsesivo en la "perniciosis" del medio. Unas escuelas con más rigor que otras; asistimos hoy día a una presentación en común del individuo como receptor pasivo de la estructura del medio, y por lo tanto, víctima de él, sobre todo en cuanto a las causas del enfermar. No hay que decir que las diferencias en este bloque no son únicamente de rigor sino de otras variables importantes como el objetivo de la terapéutica o el propio patrón de comportamiento del profesional de la salud. El acento está aquí de todas maneras en el microgrupo. La familia como estructura suele pasar al protagonismo clínico. El vector va del grupo al individuo. Parte de esta Psicología ambientalista ha propiciado aún sin quererlo una nueva "filosofía del buen salvaje", acentuando la perniciosis-pasividad en el diálogo medio-sujeto.

Psicodinamistas

El tercer bloque adquiere derecho de diferenciación por razones metodológicas, históricas, psicosociales, de repercusión en la vida misma de la sociedad occidental, etc. Se trata de la Psiquiatría Psicodinámica, que parte del psicoanálisis freudiano, que sufre las

primeras y pronto olvidadas transformaciones de Jung y Adler y que se debate hoy en disgregaciones más o menos sectarias para regocijo de no adeptos. Al psicoanálisis se le ha elevado a la categoría de revolución del mundo y de las Ciencias del Hombre, para algunos solamente comparable a la revolución copernicana. Esta elevación a los altares ha ido en detrimento de lo positivo que pudiera haber en las inleídas obras completas de Freud, y ha contribuido a resaltar exageradamente las propias exageraciones del Sr. Freud, diseminando aspectos muchas veces periféricos secundarios y discutibles, y solapando lo que de invariable pudiéramos hoy retener. Convendrán conmigo que, por posición epistemológica, por método y por praxis, esta Psiquiatría representa la versión comprensivo-explicativa del enfermar psíquico. No obstante, trabaja en un código de lenguaje y pensamiento, y en un nivel metodológico de aprehensión de la realidad, que hoy por hoy, la hacen prácticamente inaccesible a una verificación científica *sensu est ictu*. No se ve necesariamente en estas palabras una connotación negativa pues, no estamos hablando acerca de valores. Incluimos en este bloque a todo el Psicoanálisis heterodoxo y algunas derivaciones paradójicas como incluso la Psicología Transaccional.

Dinamiteros

El cuarto bloque está representado por la "Negación de la Psiquiatría". Incluye un espectro que va desde las diferentes versiones originales de la denominada Antipsiquiatría a la locura como "producto fabricado" según el Sr. Thomas S. Szasz.

No es el objetivo de este trabajo la disección de los diferentes bloques. No lo hemos hecho en los tres anteriores y no hay razón para hacerlo en éste, si bien, para ahorrar energía en intuiciones y predicciones diré de entrada, que para mí, este bloque representa el idealismo escotomizante de la realidad, que durante tiempo le fue cargado a los hombros del Psicoanálisis. Personalmente lamento no disponer de la fe necesaria para defender sus posiciones acerca de las causas de las alteraciones psíquicas. No es momento ahora de valorar la repercusión social de este bloque ideológico, su conveniencia y "necesidad" histórica y/o lo positivo o negativo que haya tenido, tenga o pueda tener como revulsivo social.

Espero que todas "las psiquiatrías" se vean representadas y como suele decirse topicamente, me hago responsable del olvido de alguna secta.

OTRO MODELO NO MENOS MEDICO PERO MAS REAL

Estoy convencido de que reivindicar hoy día el modelo médico en Psiquiatría supone el riesgo —que asumo plenamente— de provocar en el receptorio una inmediata reacción de agresividad. Esto es algo que hoy... queda mal. Algunos, que no han citado a Eysenck en su vida, tienen excusa para hacerlo sin convertirlos en sospechosos de anti-experimentalismo. ¿En qué me baso para practicar esta innecesaria heroicidad?. Ciertamente, si seguimos cometiendo el error histórico de asimilar "modelo médico" a "modelo de la PGP", puede aseverarse con toda la razón del mundo, que en Psiquiatría no tenemos nada que hacer. Si se sigue entendiendo, como lo hacen asombrosamente gran parte de psiquiatras y psicólogos clínicos, que el modelo médico implica ni más ni menos que la concepción

de "organismos" asediados por "agentes patógenos" con la connivencia de "factores desencadenantes", "factores predisponentes", "factores precipitantes", "situaciones de estado", "cursos", "evoluciones", "diagnósticos diferenciales", etc., etc., etc., desde luego sobran argumentos para no meter ni con calzador al 99 0/0 de la patología psiquiátrica, a menos que el ridículo no sea valorable. Pero resulta, que la Medicina moderna ha abandonado este más que modelo corsé, hace más tiempo del que los psiquiatras —sin duda absortos en sus luchas religiosas—, piensan. Si algo queda de este supuesto modelo médico, está en la interpretación de las enfermedades infecciosas y a fe de que más de algún especialista en ellas nos diría que se trataría en todo caso de un simplismo atroz. El que estos parámetros se sigan explicando a veces en nuestras Facultades de Medicina no es sino la demostración del alejamiento entre el mundo académico y el mundo del profesional médico. No se puede mantener esta simplificación atroz. En un momento en que la Medicina de nada sospechosa herencia tradicional, utiliza la Informática por la cantidad de datos que tiene que manejar, que el análisis operacional ha dejado de ser una jerga de iniciados, que la endocrinología —por poner un ejemplo— ha dejado sus "hiper" y sus "hipo", que en suma, se impone el manejo de variables múltiples y la cibernética Médica invade los hospitales (y no hago juicios de valor acerca de la repercusión), no puede permitirse, y más diría, es bochornoso para los técnicos implicados que no se hayan enterado, mantener la idea de un "modelo médico" de "parásito-huesped", incluso en el más amplio sentido de las acepciones, supuesto incluido de que el parásito sea una catecolamina descarriada.

El modelo médico actualizado se distingue por:

- a) Hacer hincapié en la Prevención Primaria y convertir a la Medicina, de una Técnica para Curar en una Defensa de la Salud.
- b) Centrarse en la importancia del medio ambiente en interacción con el organismo, entendiendo como "medio ambiente", aquel ecosistema en el que se engloban cosas tan distantes y distintas como las radiaciones ionizantes atmosféricas, los ritmos biológicos personales (cronobiología, ritmos circadianos del individuo), las condiciones laborales y/o los microorganismos transmitidos en cadenas epidemiológicas, pasando por supuesto por el fallo genético determinado por el propio organismo.
- c) Entroncar de alguna manera posible —cuando lo sea— todas estas variables, entendiendo el enfermar como una situación a la que se llega por la concatenación de variables seriadas y/o múltiples.

Es ejemplar el artículo de Leon Eisenberg, titulado "*Psychiatrie et Société*", publicado en el número 84 de la "*La Recherche*" (Diciembre 1977) en el que pone ejemplos demostrativos de que el entronque psicobiológico a la hora de explicar el enfermar no es un desideratum más o menos idealista sino que tiene fundamentos demostrables en la propia Medicina Interna, y que no hay razón para no aplicarlos en Psiquiatría.

Como vemos, nada más lejos de los anhelos kraepelinianos. Tan estúpido resulta hoy día decir que el modelo médico no sirve en Psiquiatría, como defenderlo invocando que si un tumor cerebral provoca delirios y alucinaciones, ahí está la prueba de que la esquizofrenia es lisa y llanamente una distorsión bioquímica. Los primeros no han entendido nada (o no quieren entenderlo, o no pueden, que de todo hay limitaciones en este mundo), de lo que es hoy día la Medicina y "hacer Medicina". Los segundos se hallan ocupados a la búsqueda del enzima perdido. Si los psiquiatras pródigos suelen destacarse por su mar-

cada inclinación a la demagogia maniquea de una “sociedad mala” y un “buen salvaje”, los segundos pueden detectarse fácilmente por su tendencia a proyectar a diestro y siniestro el neuropatólogo o el bioquímico que no han podido ser.

Sería caricaturizar en extremo pensar que la praxis clínico-psiquiátrica actual de la Psiquiatría, sigue utilizando el andamiaje kraepeliniano sin más. La complejidad del enfermar psiquiátrico es tal, que sería de gran ceguera el no advertirlo y obrar en consecuencia. La Psiquiatría clínica “actual”, y me refiero a la que yo he aprendido en los hospitales y las cátedras, la que he ejercido y ejerzo, la que he dictado y dicto (las dos últimas cosas solo en parte...) ha realizado desde sus comienzos históricamente identificados, lo que yo llamo “aproximaciones a la realidad”. Estas aproximaciones se caracterizan por haber sido medio intuitivas, medio imperativas, para poder seguir una realidad que se escapaba en su aprehensión y que sufría los embates de las corrientes ideológicas en boga. Sabemos que el profesional que denominamos “clínico” se ha caracterizado por un eclecticismo a veces tan mal ejercido como entendido. Pues bien, sin poder profundizar en estas “aproximaciones”, vamos a intentar representarlas.

Primera aproximación a la aritmética elemental: el tanto por ciento

La “*primera aproximación*” es lo que yo llamo la *concepción porcentual de la psicopatología*. Me refiero al conocido continuum de un espectro en el que en un extremo está lo más psicogenético y sociogenético y en el otro lo más somatogenético o endogenético. Y decimos que, por ejemplo, en un polo tenemos las neurosis y las reacciones vivenciales anormales de la Escuela Francesa y en otro las oligofrenias y las demencias. Nadie puede negar del todo los extremos. Los más benevolentes admitirían cierto porcentaje de contaminación en un polo por el otro opuesto. Esta concepción porcentual suele ser algo falaz pero sobre todo cómoda, pues permite desplazar en medio del espectro las diferentes entidades nosológicas —sobre todo las psicosis funcionales— según la cotización del momento.

Existe un tipo de entes docentes de la Psiquiatría que ha hecho recorridos de este aspecto tantas veces y de tal forma, que se puede predecir a cuántos metros de las oligofrenias y las demencias situará a las esquizofrenias un día determinado, en función del auditorio. Son expertos del “*captatio benevolentiae*” que suelen acabar la predicación con aquello de que “en el fondo todos decimos lo mismo con distintas palabras”.

Segunda aproximación: el factor humano, versión psiquiátrica

La “*segunda aproximación*” es la representada por la argumentación de que no todo sujeto en las mismas condiciones desarrolla la misma patología, ergo, hay que invocar un “*factor “O” u organismo*”. Me estoy refiriendo a invocaciones de la psiquiatría clásica, ya que este “O” no es el “O” skinneriano. Esta aproximación requiere matizaciones pues hay dos versiones de ella en el mercado. Una, la “ultra-organicista” “enmascarada” y, dos, la honestamente aceptadora de que tenemos un cerebro encima de los hombros para algo más que ser enfundado en una estrambótica caja, y que tiene derecho a alterarse y modular estímulos, ya sea por razones intrínsecas de su poseedor, ya sea por factores externos. Acerca del citado enmascaramiento organicista extremo, no valdría la pena decir nada

si no fuera porque en nuestro país existe una gran cantidad de profesionales que practican la salutación a la "interacción ambiente-sujeto" en su comunicación verbal con el público y la actuación exclusivamente biológica en la intimidad de sus clínicas, gabinetes y/o hospitales. Quisiera insistir sobre esto. Ningún biólogo notable dejaría de aceptar aquí entre nosotros, que el medio es o puede ser patógeno, solo faltaría!, estamos todos de acuerdo, pero muchos ejercen la Psiquiatría con tal olvido y desprecio del mismo. Predicar Psiquiatría Social es fácil y gratificador hoy día. Ejercerla es costoso. Ejercer una praxis exclusivamente biológica ha sido y es económico, rápido, limpio, liviano y hasta como podremos demostrar después, gratificador a corto plazo, en ocasiones para todos (familias, médicos e incluso enfermos...). No debemos extrañarnos de su aceptación...

Cierta Multicasualidad

"Tercera aproximación": se trata de admitir, postular, predicar incluso (obrar en consecuencia ya es más costoso) una multicausalidad de la psicopatología. Se caracteriza esta "aproximación" por la creencia de que un hecho anormal está determinado por la *confluencia de factores múltiples*, que utilizando el lenguaje de las "aproximaciones anteriores", son psicogénéticos, sociogénéticos y somato-endogénéticos. Esta óptica viene definida por una cierta contaminación de la concepción porcentual y por unos presupuestos deterministas en forma de causalidad lineal.

LA CAUSALIDAD SEGUN LOS PSIQUIATRAS

Causalidad lineal: Fabrica de falacias

La forma más elemental de como los clínicos abordan con gran frecuencia los problemas psicopatológicos es ésta que precisamente podríamos llamar lineal o que implica admitir una causalidad lineal simple. Podría representarse así:

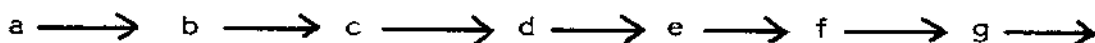
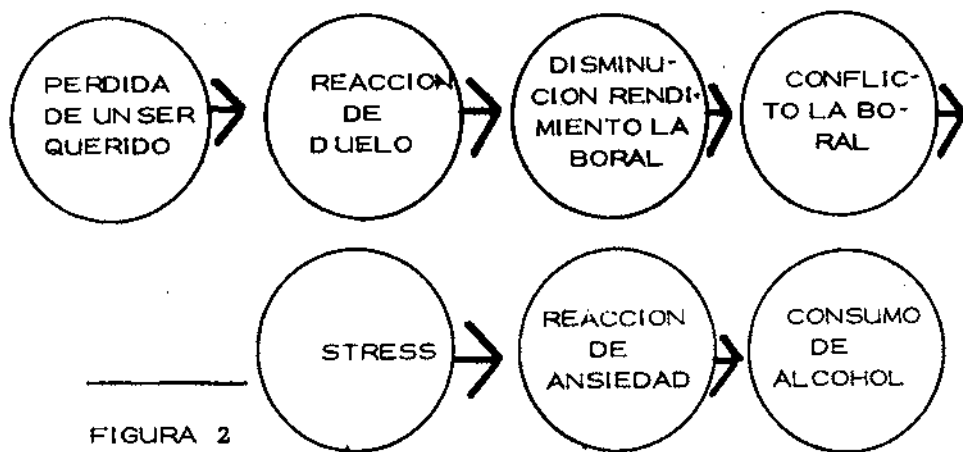


FIGURA 1

Este esquema quiere indicar que un acontecimiento "a" provoca otro "b" que provoca otro "c", que provoca otro "d", etc. y así sucesivamente. Supongamos el ejemplo siguiente: La pérdida de un ser querido como un hijo, provoca en un individuo una reacción de abatimiento la cual hace disminuir temporalmente su rendimiento laboral, lo cual le produce cierto grado de ansiedad que se va incrementando progresivamente, y que le lleva a consumir alcohol en cantidades excesivas llegando, posteriormente al hábito.

Sin lugar a dudas este tipo de organización de los acontecimientos psicológicos o psicopatológicos es el representado en la figura 1, es decir "a" provoca "b", "b" provoca "c",

“c” provoca “d”, etc... Se trata de una causalidad lineal y determinista bastante simple, que acaso por esto mismo aflora con facilidad a la mente del clínico lo mismo que a cualquier otro observador de la realidad. Puede representarse así:



Tenemos ciertamente tendencia a encadenar hechos psicológicos y psicopatológicos para dar un sentido al conjunto. En el ejemplo anterior, y en un sentido amplio, podríamos decir que la muerte del hijo provocó el alcoholismo de esta persona. Aunque la mayoría de los clínicos admitirían que debe haber habido otros factores en la génesis de este alcoholismo del padre, no por ello es menos cierto que el tipo de afirmación anterior, la estructura de la afirmación por así decirlo, se oye con extrema facilidad.

Lo “traumático” requiere matización

La “Teoría del Trauma” o del hecho traumático, está ampliamente arraigada en un sector de la clínica y aunque parezca superficial, está ahí y se utiliza a la hora de la investigación de datos, de la construcción de la historia clínica. Esta teoría proviene de la contaminación de la idea de la gente acerca de que acontecimientos anormales o psicopatológicos suelen ser debidos a un hecho traumático anterior, a otro acontecimiento normalmente aceptado como negativo, que justifica plenamente la situación clínica del momento. La pregunta, “¿le ha pasado a usted algo últimamente?”, “¿le ha ocurrido algo?”, “¿ha tenido un susto?”, etc., etc., etc., supone estar trabajando en este tipo de argumentación lineal y determinista.

No es que estas relaciones causales directas no puedan existir, sino que simplemente, en la mayoría de ocasiones, no explican la realidad más que de una forma extremadamente

superficial. Es curioso que muchos profesionales de la clínica asuman con facilidad estas formulaciones "de la calle" en las que siempre se ha de encontrar un hecho traumático, estresante, y además de clara connotación negativa, lo que en todo caso, en determinadas relaciones causales directas simples no se cumple tampoco.

Por ejemplo, algunas de las depresiones llamadas "por cambio de casa" han supuesto un hecho anterior a la depresión que podría ser considerado estresante pero en algunas ocasiones "no negativo" sino todo lo contrario. Un individuo que vive en una chabola y en malas condiciones es trasladado a vivir a un piso en un bloque, en una vivienda pública por ejemplo, y empieza a sufrir un cuadro claramente depresivo. El hecho aparentemente desencadenante de la situación no puede considerarse negativo sino todo lo contrario, una mejora social, individual, etc., etc. En este caso debe invocarse la Teoría de la Información para explicar el fenómeno. Desde el punto de vista informacional hemos de suponer que lo que ha causado realmente el cuadro depresivo es la sustitución brusca de las aferencias informacionales habituales en el sujeto. Lo suponemos, y esto únicamente desde el punto de vista de la Cibernética y la Teoría de la Información, por analogía a situaciones similares en las que cuando desaparecen bruscamente las aferencias informacionales del sujeto, cuando la información externa que se recibe es brutalmente sustituida por otra, aparecen trastornos psicopatológicos. Es el caso de la psicopatología especial de la emigración, de la psicopatología observada en campos de concentración, etc., etc. En estos casos sabemos que si las aferencias de información habituales no se cortan bruscamente sino de forma paulatina o bien si se mantienen algunas de las primitivas, desciende significativamente la psicopatología de los individuos. Por ejemplo, el emigrante que acude a un lugar de trabajo nuevo con informaciones absolutamente nuevas, pero en el cual ya estuvo alguna vez por otras razones, viaje, preparación del cambio de domicilio, turismo, etc. En la referida patología de los campos de concentración el número de muertes y de enfermedad fué siempre significativamente menor en aquellos lugares en los que se les permitía a los residentes del campo, recibir información en su idioma de origen, como por ejemplo, leer algún periódico, o disponer de servicios religiosos, o cualquier otro aspecto "simbólico" que mantenía de alguna forma la cantidad y cualidad de información primitiva.

Falacias Best-seller

Volviendo a la causalidad lineal simple, recordemos aquí que Eysenck ha llamado la atención con su claridad habitual acerca de la alta posibilidad de establecer argumentaciones falaces, es decir erróneas, cuando se intentan encadenar variables psicológicas y psicopatológicas, con intentos de establecer una relación causal. Una de las argumentaciones erróneas, o falacias de interpretación más elementales y no por ello menos utilizadas cotidianamente es la clásicamente llamada falacia "post hoc" que consiste en adjudicar categoría de causa, efecto a dos hechos que van encadenados entre si es decir a dos hechos, uno de los cuales sigue al otro: Sigue a esto, luego es causa de esto.

Podrían citarse muchos ejemplos de como con facilidad la gente y algunos profesionales establecen relaciones de causa efecto simplemente por el hecho de que dos acontecimientos van seguidos en el tiempo. Después del nacimiento del hermanito pequeño, un

niño empieza a tener enuresis nocturna. Inmediatamente y con facilidad la enuresis es justificada por el nacimiento del hermanito, argumentándose celos o cualquier otro mecanismo. Después de unas relaciones sentimentales y afectivas tormentosas con una chica, un joven empieza a frecuentar ambientes homosexuales y acaba en un comportamiento homosexual. Con facilidad los amigos, la familia e incluso algún clínico no muy lejano tendería a asegurar que la homosexualidad ha sido provocada por el trauma emocional de las relaciones heterosexuales anteriores. Después de un accidente de tráfico una mujer empieza a tener pánico a subir en coches, primero, autobuses, trenes después, el avión más tarde, y finalmente a cualquier medio de transporte. Con facilidad es posible convenir sin demasiado esfuerzo mental que estas fobias actuales de la señora fueron "provocadas" por el accidente de tráfico habido anteriormente. Después de comprobar en un individuo que siempre que tiene algún problema laboral importante con posterioridad aparecen en él trastornos digestivos e incluso una úlcera, el mismo, su familia y sus amigos convendrán que la úlcera es debida a estos problemas personales y laborales. De forma similar se dice que algunas madres angustiadas provocan trastornos digestivos y vómitos en sus hijos, que los hijos de alcohólicos suelen ser agresivos, etc., etc., etc., todos los ejemplos anteriores suponen el encadenamiento de dos hechos o acontecimientos psicológicos o psicopatológicos, adjudicándose con suma facilidad un valor de causa y efecto a ambos.

Veamos en un ejemplo más como al menos, y siguiendo los mismos tipos de ejemplos que Eysenck proporciona, se puede argumentar una misma situación de dos o tres formas diferentes sin que aparentemente desmerezca en nada la validez de la argumentación. Supongamos una situación en la que encontramos un niño autista y una madre cuyo carácter es ciertamente áspero, con una personalidad fría e indiferente. En esta situación las variables causales son:

- 1.- La madre fría e indiferente.
- 2.- El hijo.
- 3.- El comportamiento autista del hijo.
- 4.- El comportamiento frío e indiferente de la madre.

Una primera interpretación de esta situación que con seguridad muchos clínicos compartirían es la siguiente: la madre fría e indiferente, con su comportamiento ha provocado en su hijo un autismo. Este tipo de interpretación causal puede esquematizarse así:

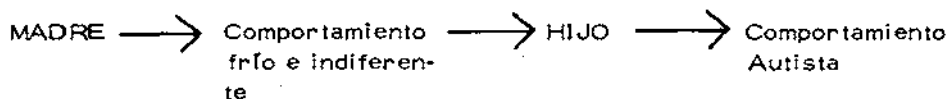


FIGURA 3

De la misma situación otro grupo de clínicos estarían inclinados a interpretar que la madre sea fría o indiferente o aunque hubiera sido agradable, tierna, protectora y altamente emotiva, por vía directamente genética ha provocado el autismo del hijo. Este tipo de interpretación puede esquematizarse así:

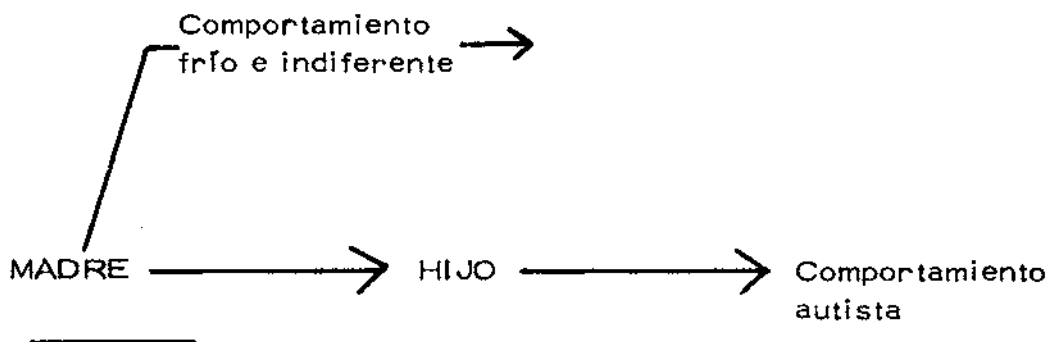


FIGURA 4

Finalmente otro grupo clínico o acaso parte de los anteriores podría pensar que es el comportamiento autista del hijo el que está provocando el que la madre sea fría e indiferente de tal forma que el comportamiento de esta no es sino el resultado de recibir sobre ella la especial psicopatología de su hijo. La argumentación aquí debe esquematizarse así:

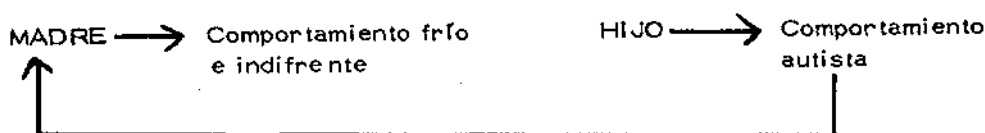
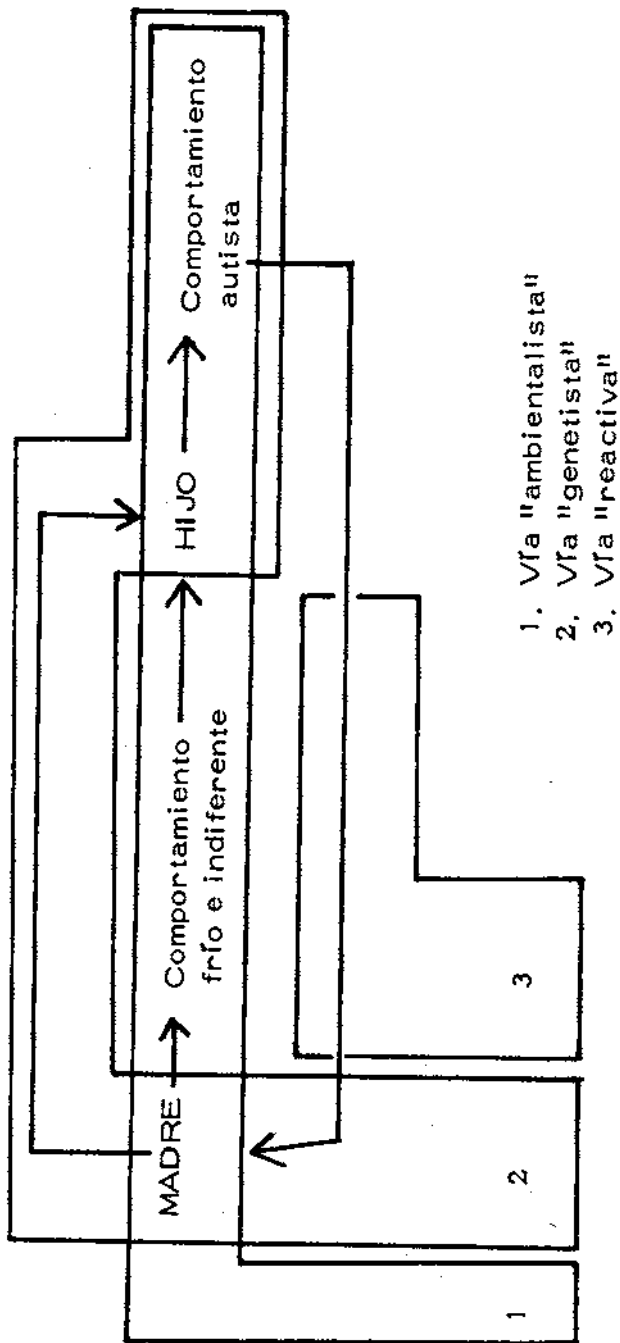


FIGURA 5

En la realidad el hecho clínico e innegable es que tenemos una madre con un comportamiento frío e indiferente, y un hijo con un comportamiento autista. En el gráfico siguiente se esquematizan todas las interpretaciones anteriores:



1. Vía "ambientalista"
2. Vía "genetista"
3. Vía "reactiva"

FIGURA 6

Vuelvo a decir que aquellos que interpretaron con facilidad la situación al estilo de la primera argumentación, son aquellos clínicos, por así decirlo, que sostendrían que el autismo infantil está provocado por razones ambientales. Son todas las teorías ambientalistas... La segunda argumentación es una argumentación que hace hincapié en el factor genético y que consideraría el autismo infantil como un problema genético independiente de que las madres sean frías o calurosas. El tercer tipo de argumentación no dice nada sobre las causas del autismo infantil pero los clínicos que se apuntaran tenderían a compadecer a las madres correspondientes.

Se podría seguir jugando con argumentaciones como las anteriores que probablemente contienen en cada una de ellas algo de verdad. Baste por el momento insistir en que el establecimiento simple y rápido de cadenas causales lineales entre acontecimientos psicológicos o psicopatológicos es cuando menos peligroso porque, si de una misma situación pueden argumentarse tres o más formulaciones, cuando menos, estamos diciendo que nuestro conocimiento sobre esa realidad es escaso. Ese no es necesariamente el final de lo que el clínico debe hacer pero es un buen principio.

Causalidad lineal mas presentable

Una forma de complicar las argumentaciones lineales simples, muy utilizada por el modelo medico clásico, es hacer llegar sobre la cadena lineal principal otras variables que inciden en algún lugar de ella y que suelen ser denominadas como causas predisponentes, causas desencadenantes, causas precipitantes, causas facilitadoras, etc., etc., etc. Volviendo a nuestra primera situación clínica en la que habíamos dejado un padre alcohólico y deprimido, podría complicarse la argumentación diciendo por ejemplo que el abatimiento del padre fué favorecido porque este acababa precisamente de pasar una grave infección de la que ya estaba recuperado, es decir, una enfermedad orgánica que había minado sus defensas y que favorece de alguna manera la región depresiva. A este hecho podría denominarse causa favorecedora o para otros quizá causa predisponente. Asimismo puede considerarse profundizando en la historia que el consumo excesivo de alcohol se realiza facilitado por el micro grupo social en el que se halla inmerso, esto es, por el alto hábito de consumo de sus compañeros de trabajo, de sus amigos y de sus allegados. Este conjunto de cosas podría ser denominado también facilitadora o predisponente. Quizá profundizando todavía más encontraríamos, pongamos por caso, que la extrema ansiedad manifestada por este padre en su trabajo apareció casi bruscamente en relación con una equivocación grave que cometió en aquellos momentos desde su puesto de responsabilidad. Aquel fallo grave podría ser considerado precipitante de la situación de ansiedad. Podríamos seguir complicando la aparición de variables facilitadoras de uno u otro signo que no necesariamente tendrían que ser hechos objetivos y concretos. Algún tipo de clínicos argumentaría quizá, todo esto, si así se lo diera a entender su investigación en la anamnesis de esta situación.

Otra complicación: Que en realidad el abatimiento o reacción depresiva del padre no ha sido provocada lisa y llanamente por la pérdida del ser querido, sino por el sentimiento de culpa de esta padre por haber deseado en algún momento anterior de forma consciente e inconsciente la separación de su hijo, por serle este, pongamos por caso, un estorbo...

Esta última "complicación" va más allá evidentemente de los datos objetivos, pero podría ser asimismo válida y sin duda, algunos clínicos psicodinamistas la encontrarían cuando menos pausable.

Parece absurdo recordar a estas alturas que el hecho de tener cadenas causales explicativas e interpretativas que sean brillantes, coherentes consigo misma, deslumbrantes y atractivas, no es razón suficiente para dar validez a la argumentación. La historia de la psicología y de la psiquiatría tiene miles de páginas brillantemente escritas acerca de consideraciones etiológicas de uno u otro signo, gran parte de ellas organizadas en forma lineal simple más o menos arropada. Como dice Kline, la explicación no basta. Explicar, comprender, interpretar, son términos utilizados en clínica y lamentablemente poco operativos aunque también se puedan llenar páginas brillantes acerca de la diferencia entre interpretar y comprender y explicar...

Predicciones comportamentales: menos rigor que las meteorológicas y lindantes con el horoscopo.

Antes de seguir adelante con nuestro recorrido desearía recordar que no sólo las interpretaciones que el clínico tiende a hacer con facilidad suelen ser insuficientes al pretender abarcar una realidad clínica, sino que además las predicciones con las que suele jugar son asimismo la mayoría de las veces atterradoramente superficiales. En el ejemplo anterior del padre deprimido, no sólo resultaron en su momento insuficientes o incompletas las cadenas lineales simples e incluso, como veremos inmediatamente, las circulares simples, sino que en situación como esa el clínico tiende a jugar a predecir el futuro con la misma tranquilidad con que el hombre de la calle hace predicciones acerca del tiempo, con ventaja innegable para el hombre de la calle.

En esta misma situación anterior, y ante la muerte del hijo, y tenida en cuenta toda la panorámica familiar y laboral que el padre tiene delante, con su responsabilidad incluida, podríamos haber encontrado fácilmente dos posiciones.

El clínico que podríamos denominar *standard*, que suele ser un clínico pesimista, habría quizá predicho la cadena de acontecimientos expresada en los gráficos, esto es, el padre probablemente se deprimirá y tendrá dificultades en su trabajo y en sus cosas, provocándole situaciones de ansiedad y problemas de todo tipo, que, dada su predisposición a la utilización del alcohol como ansiolítico, hace posible pensar que haya un riesgo moderado o alto de caída en el hábito alcohólico.

Hay otro tipo de clínico, no tan habitual, y que podríamos bautizar como optimista, que podría haber argumentado que, lejos de deprimirse este padre, y dada su alta responsabilidad con su trabajo, con su familia, etc., movilizará defensas de donde sea, sacará fuerzas de donde no había sacado nunca antes, y no sólo aumentará su rendimiento laboral sino que enderezará su vida y dejará de beber alcohol porque sabe que eso le perjudica, etc... Ahora más que nunca debe preocuparse por su esposa y por el resto de la familia a quien tenía abandonados, y por lo tanto, la muerte del hijo actuará como catalizador de una reorganización positiva del padre y de la familia...

Como puede verse quien no interpreta, quien no explica, quien no intenta comprender la situación es simplemente porque no quiere. Los clínicos prediciendo, se acercan mucho a aquel tipo de argumentaciones que todos hemos utilizado alguna vez cuando hemos tenido que definirnos sobre el futuro de una pareja. Si son muy parecidos en forma de ser, en personalidad, en manera de entender la vida, diremos quizá que acabarán chocando precisamente porque son muy iguales. Si son muy diferentes entre sí y uno es un joven tímido e introvertido mientras que su compañera es jovial y decidida, pronosticaremos con una lógica aplastante que se entenderán muy bien porque se complementarán, por aquello de que "polos opuestos se atraen". Cuando más adelante estos dos jóvenes diferentes acaben tirándose los platos por la cabeza, diremos enseguida que era lógico, precisamente por eso, porque eran muy diferentes. Si la pareja primera persiste, en contra de lo pronosticado, en una compenetración, y tiende hacia la felicidad, no tardaremos en decir que lo ideal es tener ideas comunes y formas parecidas o idénticas de ver las cosas porque sino, la convivencia es difícil.

Pase lo que pase la gente tiene explicación para todo. Esto no es malo en sí. Forma parte del derecho universal a opinar. Lo que no parece tan deseable, o al menos lo que llama la atención, es que los profesionales de las ciencias del comportamiento, los psicólogos, los psiquiatras, etc., trabajen en la práctica con argumentaciones similares sobre los hechos psicopatológicos sin que a nadie fuera del gremio se le ocurra poner en duda el rigor científico del psicólogo o del doctor. Si, aunque no sea dado el masoquismo, estoy diciendo todo esto, es para recordar que los clínicos tenemos la urgente necesidad de revisar nuestro modelo de pensamiento con respecto al encadenamiento y las relaciones de los hechos psicopatológicos, si más no, para ser conscientes de que estamos utilizando argumentaciones, explicaciones, interpretaciones, que trasladadas a cualquier otro terreno del saber habrían destruido ya hace siglos las ciencias y las técnicas conocidas hoy. Curiosamente sólo los psicólogos experimentalistas, se atreven a plantear abiertamente esta grave situación. Ciertamente cuando lo hacen, la mayoría de las veces parecen mostrarse felices incordiando a sus colegas clínicos, entre los cuales no distinguen (es un decir), entre las diferentes tribus.

Causalidad circular: ¿Leer de derecha a izquierda o al revés?

Siguiendo todavía un poco más con nuestro padre ya casi alcohólico y muy deprimido, y aún manteniendo la supuesta veracidad y realidad de las causas predisponentes y desencadenantes que se indicaron, muchos clínicos estarían de acuerdo en que las variables allí expresadas no son un conjunto de fenómenos que se dan sucesivamente, sino que al menos algunos de ellos pueden darse a la vez o influenciarse entre sí. Dicho de otra forma, los clínicos con experiencia saben que en un momento determinado, delante de determinada situación clínica, en la que hay por ejemplo un cuadro depresivo, una crisis de ansiedad, un hábito alcohólico, y hasta un sentimiento de culpa claramente manifestado, resulta difícil decir que fenómeno precede al anterior. Es decir: Si primero es la ansiedad y después la depresión, si primero es la culpa y después la depresión, si primero era ya la predisposición alcohólica y después la baja de rendimiento laboral, etc.,etc. En la figura 7 esquema-

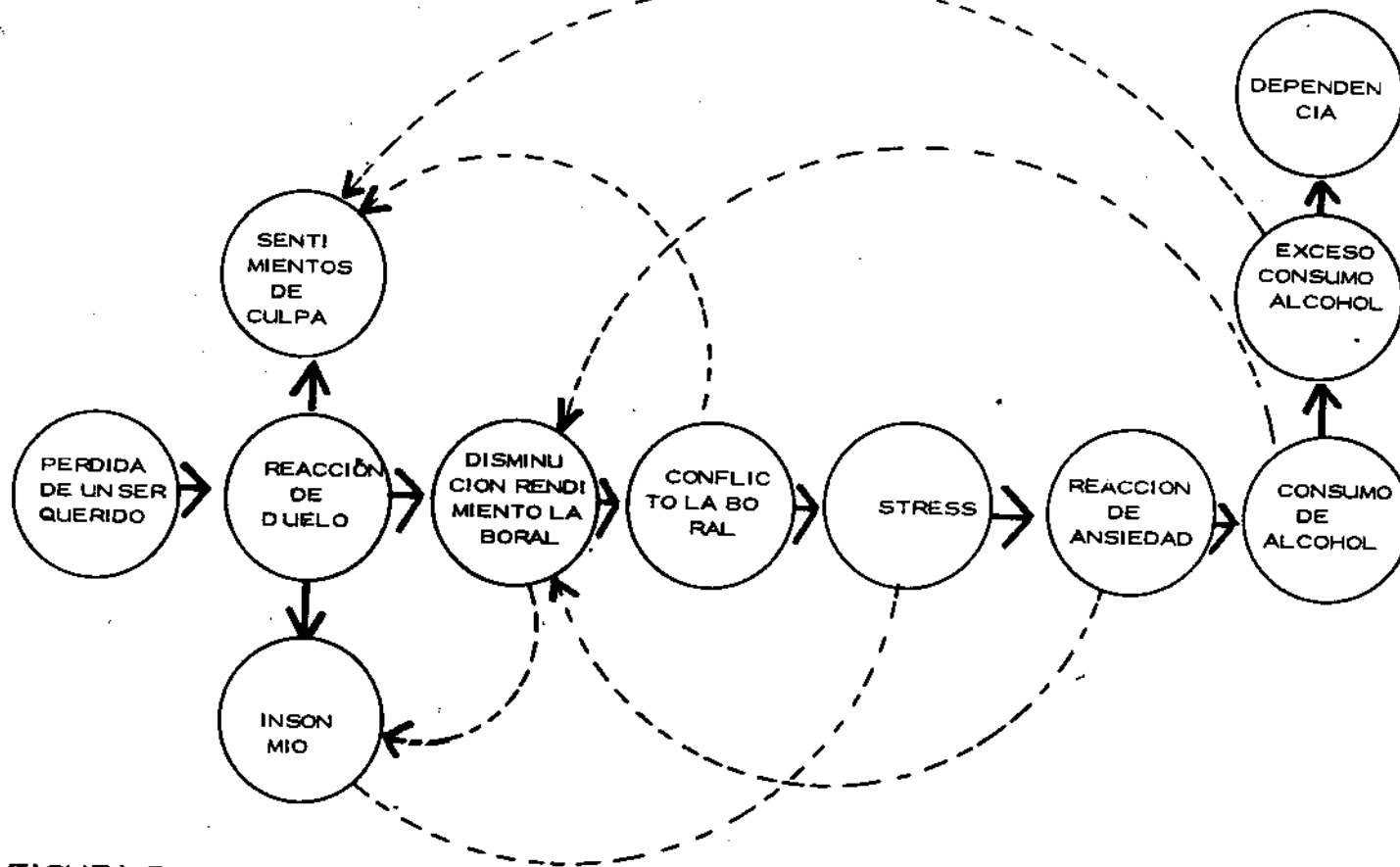


FIGURA 7

tizamos a continuación un posible segundo nivel de complicación de la situación clínica citada que vamos a suponer hemos encontrado cuando esta fué abordada con mayor atención.

Así puede leerse ahora, entre otras cosas, que el hecho del hábito alcohólico está aumentando todavía más la baja de rendimiento laboral por un lado y el cuadro de rendimiento por otro, que la disminución de rendimiento laboral ya incrementa por si mismo el cuadro depresivo, que los sentimientos de culpa del padre facilitaron el hábito alcohólico anterior, y finalmente que el consumo excesivo y dependiente actual incrementa sistemáticamente tasas de nuevos fallos importantes en cuanto a decisiones de la exclusiva responsabilidad de este individuo.

Aquella cadena lineal simple de la figura 2, se nos ha convertido en la actualidad ya en un conjunto de relaciones circulares. Si se admite desde el punto de vista clínico que la realidad se parece mucho más a la figura 7 que a la figura 2, deberíamos admitir por lo menos dos importantes implicaciones:

A) *Los conceptos de causa y efecto* han pasado inevitablemente a tener *un valor totalmente relativo*, de tal forma, que cada una de las variables expuestas en el gráfico es a la vez causa y efecto de algo, por mantener esta terminología.

B) Relacionado con lo anterior, el *factor tiempo* cobra un valor diferente pues, al igual que a las variables implicadas, el "antes" y "después", se relativizan como el viejo proverbio del huevo y la gallina. En cada momento de observación de un conjunto de cadenas circulares causales, el factor tiempo y el factor causa varían de extremo a extremo y de lado a lado sin que sea nada fácil delimitarlos. Ciertamente la realidad, para ser abordada, necesita algún tipo de seccionamiento, algún tipo de corte síncrono, aunque tal hecho es asimismo inevitablemente peligroso. Lo único que el clínico en todo caso debe tener en cuenta es que este corte síncrono, este para la realidad para abordarla, es un hecho *artificial* con el que naturalmente puede jugar ganando en operatividad, pero perdiendo en realidad.

Uno de los grandes inconvenientes de la educación psicológica y psiquiátrica siguiendo un modelo médico clásico tradicional, es el que crea un tipo de clínico que tiende a parar el tiempo, con la misma facilidad que ocurría con las tragedias griegas. Cuando el paciente acude a la consulta, el tiempo se para... Hay un "antes" y "después" de haber consultado... Hay todo un material de información que hay que obtener del "antes" y un conjunto de cosas que se ha de hacer "a partir de" ese momento. El proyecto terapéutico inaugura un nuevo "tempo" que frecuentemente es el del terapeuta, y que corre paralelo o divergente al del paciente, el cual, obviamente, no ha dejado de funcionar, no se ha parado, a la espera de las sabias decisiones del terapeuta... Este fenómeno simple de que siguen ocurriendo cosas, de que siguen habiendo nuevos acontecimientos normales y patológicos en la historia del paciente, no es tenido en cuenta con más frecuencia de lo que a primera vista puede parecer. Este fenómeno puede explicar ya simplemente el alejamiento que en ocasiones se dá entre la historia dinámica que ofrece el paciente y la visión estática, de gran cantidad de información acumulada, que suele ser dominio del terapeuta.

Admitir e intentar trabajar sobre estas circularidades dinámicas es ya avanzar sin duda, entendiéndolo por avanzar el hacer algo más acorde con la realidad.

No obstante, si preguntáramos a muchos terapeutas, psicólogos y psiquiatras, sobre que piensan acerca de estas relaciones circulares, nos dirían sorprendentemente que son obvias, que son inefables, que es la propia realidad clínica, y que, faltaría más, con ellas se trabaja. Así por ejemplo algunas escuelas modernas de psiquiatría parten ya de hechos "circulares". Por ejemplo, la escuela de "Palo Alto" ha explicado sobradamente la relación circular existente entre las distorsiones familiares y los pacientes psicóticos que pertenecen a esas familias. El problema podría plantearse así: La distorsión de las relaciones de comunicación intrafamiliar que se encuentran en las familias de los psicóticos estudiados en Palo Alto, ¿es lo que ha producido la psicosis?, o, ¿es la psicosis de esos individuos la que ha producido la especial anomalía de comunicación en el seno de esas familias?. En la figura 8 se esquematiza esta situación problemática

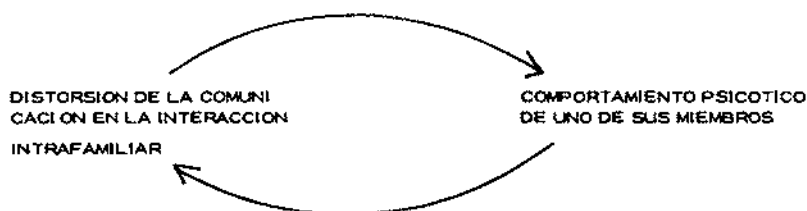


FIGURA 8

Otra vez más el problema del huevo y la gallina, del antes y el después. He elegido este ejemplo adrede por ser uno de los admitidos comunmente por unos y por otros, del que todos están de acuerdo, que incluso todos los esquematizarían como en el gráfico 8, pero que a la hora de la verdad unos lo leerían partiendo de la derecha y otros desde la izquierda, y lamento inducir otra clase de interpretaciones...

Los biólogos acérrimos empezarán a leer desde la derecha, como en ciertos idiomas, y dirán que es el comportamiento psicótico del paciente el responsable de la distorsión intrafamiliar que lógicamente influye o debe influir de alguna manera sobre la propia psicosis, para bien o para mal. Una postura ambientalista opuesta leería el gráfico exactamente a la inversa. Lo que aquí tratamos de señalar es que cualquier lectura, desde una esquina o desde la otra de esta cadena circular, destruye la propia circularidad, es decir convierte la situación en una cadena lineal del estilo de la figura 1, del que vimos posteriormente tenía necesidad de "complicarse"... Es decir, la "circularidad" de unos o de otros es en realidad una "linealidad arqueada" y forzada lo suficiente, como para que pareciendo una circunferencia, tranquilice convenientemente los ánimos ante el público predispuesto a ver la gallina en el individuo o la gallina en la distorsión familiar. En cuanto los anteriores ánimos esfen encauzados y el grupo conversante, tras la conferencia magistral, tranquiliza

su conciencia colectiva, o simplemente no hay público, se dejan soltar los dos extremos del bambú... y se puede seguir en línea recta, que es en realidad lo cómodo.

Sistema de variables en vez de causas

El paso siguiente es convenir que lo que en realidad el clínico tiene delante de sí en un momento determinado, es un conjunto de variables, un conjunto de hechos psicológicos y psicopatológicos, un conjunto de situaciones, un conjunto de datos, que están relacionados entre sí, que forman una especie de red de conexiones influyéndose mutuamente. Un conjunto de cadenas causales circulares que se cortan entre sí en distintos puntos, sin dejar de ser cadenas causales circulares, pasan a convertirse en algo más complejo y que cumple las siguientes características:

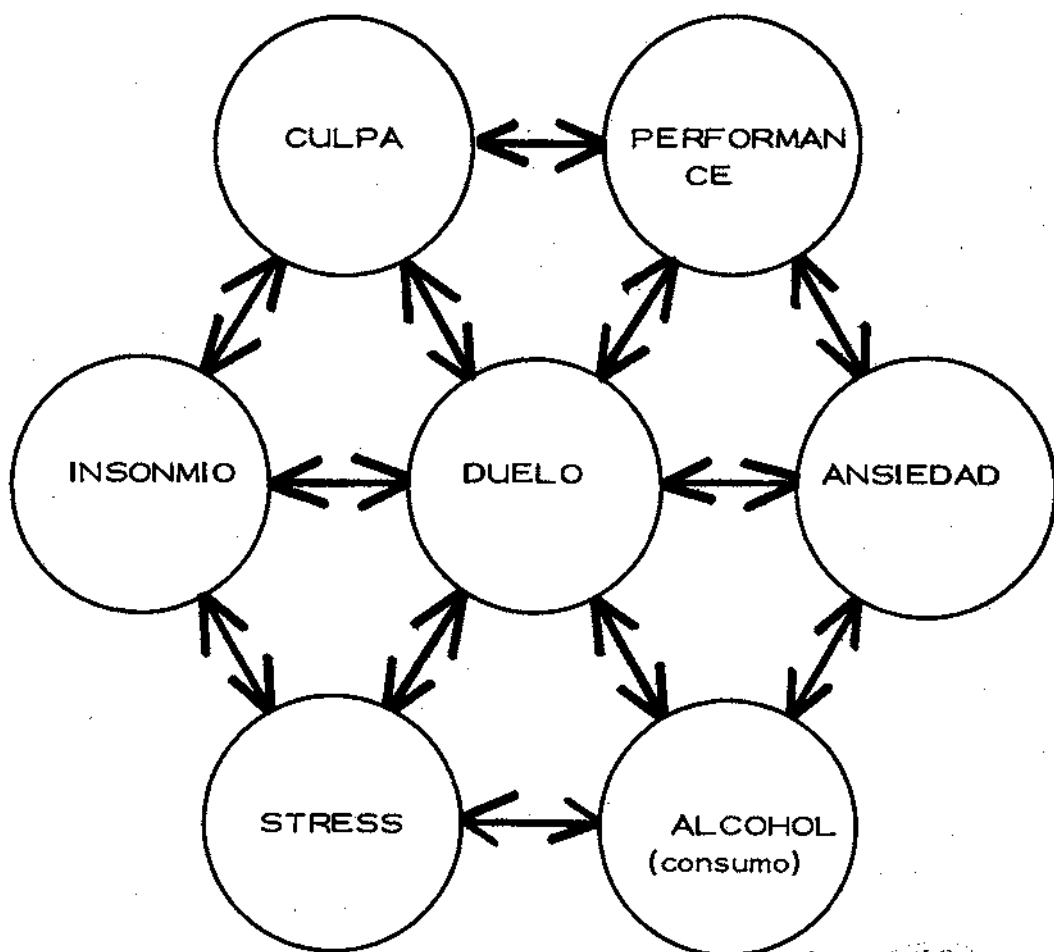


FIGURA 9



A) El conjunto, la situación clínica en un momento dado, es un conjunto de variables relacionadas entre sí que se caracterizan porque, por el hecho mismo de su interrelación, la modificación de alguna de estas variables supone inmediatamente la modificación, por muy pequeña que esta sea, del resto de variables.

B) El conjunto globalmente, la situación clínica como tal, es "algo más" que la suma de estas variables. La situación clínica de nuestro padre abatido deprimido anterior es "algo más" que sus síntomas depresivos, su ansiedad, el alcohol, el problema laboral, y el sentimiento de culpa, sumado todo ello como en forma de rompecabezas. Se cumple aquella vieja máxima de que el todo no es igual a la suma de las partes, que el todo es algo más que esta suma.

Los parámetros anteriores que se cumplen en nuestra situación estudiada son los mismos que definen lo que es un sistema. El concepto de sistema ha pasado en los últimos años a tener un lugar primordial en todas las ciencias y vale la pena decir algo acerca de él. Muy similar al concepto de "estructura", utilizado en diversos campos, el concepto de sistema proviene fundamentalmente de la Cibernética, La Teoría de la Información, y Teoría General de Sistemas. Aunque repitamos algo de lo que ya ha salido anteriormente, y sin ánimo de disertar ahora extensamente sobre este modelo de pensamiento, habría que recordar que:

- A.— Un sistema es, como se ha dicho, un conjunto de variables interrelacionadas entre sí en el que se dá, que cualquier modificación de una de sus variables supone siempre de alguna forma una modificación del sistema.
- B.— El sistema es algo más que la suma o yuxtaposición de las variables que lo componen, ya que estas por sí solas, sin las relaciones de información entre ellas, no constituyen la unidad sistémica.
- C.— Todo sistema pertenece o es parte de un sistema más complejo, y a la vez puede ser dividido en subsistemas simples.
- D.— Los sistemas poseen unos patrones que, salvo en ejemplos que ahora no harían sino complicar el desarrollo de todo esto, definen su estabilidad. El sistema tiende a mantener su estabilidad y para ello usa mecanismos de compensación internos, formas de control, denominadas de feed-back negativo. Estos mecanismos se denominan también de invariancia porque tienden a ella. Algunas modificaciones de las variables del sistema pondrán en peligro su estabilidad o su invariancia a pesar de que funcionen los mecanismos de control, ya sea porque estos son insuficientes ya sea porque la modificación realizada desde el exterior del sistema desestructura este con facilidad, ya sea porque hay una "patología" de los propios mecanismos de feed-back negativo o de compensación interna.
- E.— Se dice que un sistema es abierto cuando recibe información de alguna parte del universo, esto es de otro sistema, y emite algún tipo de información. Un sistema es cerrado cuando sus variables no reciben influencia externa y cuando tampoco es capaz de emitir información. Aunque ahora sea difícil de explicar añadamos aquí que en los sistemas cerrados rige lo que en física se denomina segundo principio de la termodinámica.
- F.— Existen sistemas simples y sistemas complejos, sistemas cuyas variables son de natura-

leza física y sistemas cuya naturaleza es psicológica y psicosociológica, etc... Si bien existen "independientemente" sistemas de naturaleza física y de naturaleza psicobiológica (un computador es un sistema complejo de naturaleza física; un hombre es un sistema complejo de naturaleza psicobiológica...), el mundo real está formado por sistemas cuya naturaleza es diferente y que están en relación. Por ejemplo el sistema formado por el hombre que maneje el computador, es un sistema en el que en cada momento están interaccionando variables de tipo físico, electromagnético, psicológico, biológico, psicobiológico, etc... Acerca de las variables psicológicas humanas, ya sabemos que en último término todo es biológico, que lo biológico en último término es químico, que lo químico en último extremo es atómico, y que todo el atómico en último término es lo que los físicos inventan para desangustiamos... Pero no podríamos trabajar con la realidad sino agrupáramos variables en clases, que la Historia de las Ideas ha ido denominando con mayor o menor fortuna electromagnéticas, biológicas, psicológicas, sociológicas, etc...

G.— La "comprensión" de la fenomenología de un sistema cualquiera que sea abierto, se hace imposible sino es desde la perspectiva de un sistema superior que lo abarque, así como aquel engloba un sistema inferior que no es comprensible sino es precisamente por eso. También aquí tendríamos que dejar únicamente insinuado que esto es algo similar a lo que los físicos entienden dentro de las aplicaciones del denominado Teorema de Goedel. Como ya escribí en otro lugar, en el terreno de la biología únicamente puede hablarse en propiedad de tres niveles que ostenten a la vez complejidad estructural y dinámica funcional informacional. Esto es, se trata de tres subsistemas, ya que la complejidad de estructura no está en una relación lineal con la complejidad de la dinámica informacional y por lo tanto con los mecanismos de control que la gobiernan.

Esto último no es sino vagas pinceladas acerca de los elementos más importantes que constituyen la teoría general de sistemas que recoge el espíritu de la cibernética, tal mal comprendido a veces. No es necesario ahora continuar con la disertación teórica de este modelo de trabajo aunque más adelante aprovecharemos algunos de estos conceptos para desarrollar eso que ahora se llama "el discurso".

La clínica como un sistema.

No parece pues ningún atrevimiento especial decir que la clínica, la situación clínica, cumple los requisitos de lo que es un sistema que es por lo tanto un sistema, y que las relaciones causales que se dan en ella son relaciones sistémicas, que quiere decir que incluye por lo menos cadenas lineales circulares, las cuales incluyen cadenas lineales, las cuales incluyen a la vez hechos que pueden ser continuos en el tiempo o directamente encadenados pero que una vez, en el contexto global, dejan de tener ese sentido de relación causa-efecto estricto que sólo puede entenderse cuando se disecciona extremadamente un aspecto concreto de toda la realidad clínica.

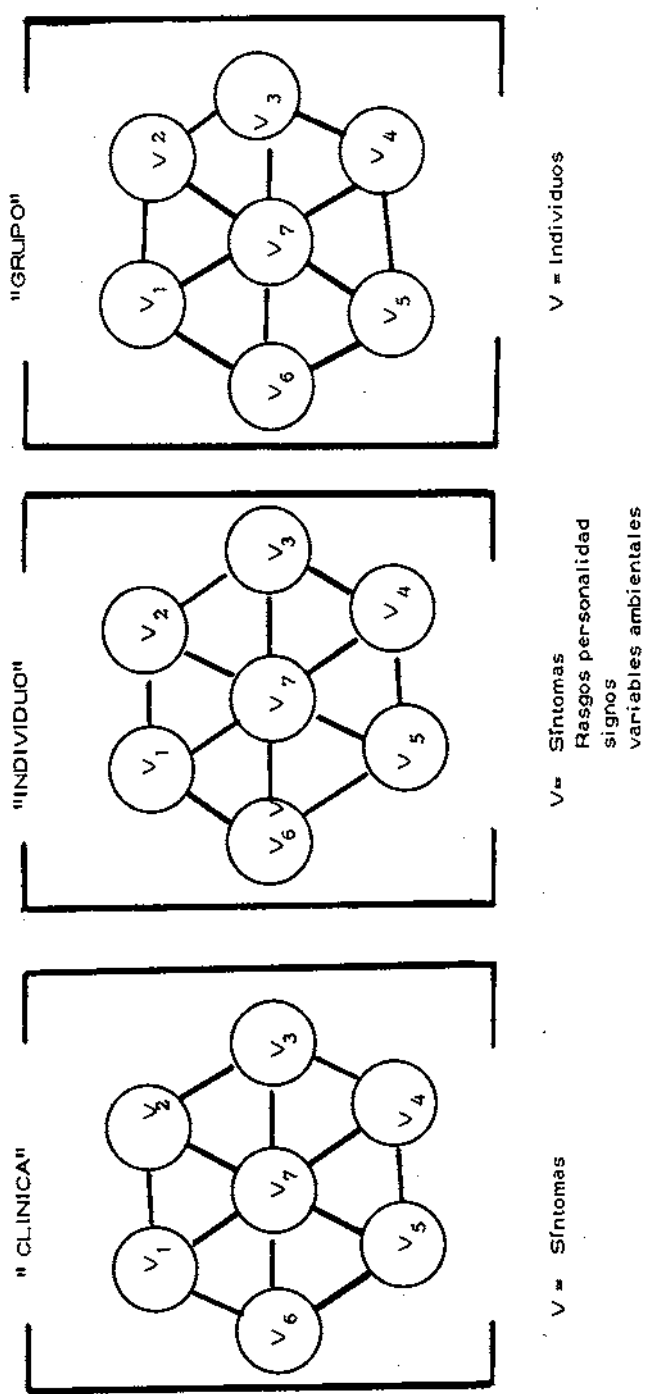


FIGURA 10

PROBLEMAS (CLINICOS, POR SUPUESTO)

Conocer las causas.

Entendida la clínica así, repito, como un conjunto de variables psicológicas, biológicas, sociales, relacionadas entre sí, y en las que cualquier modificación de alguna de ellas supone la modificación del conjunto, el primer problema que se plantea ahora es de si podríamos estar en condiciones de seguir intentando "conocer las causas" de determinada psicopatología en esta situación clínica. Parece obvio que si los conceptos de antes o después han perdido su valor, si los conceptos de causa y efecto son relativos y pueden invertirse, si en realidad lo que tenemos es un conjunto de variables en íntima conexión y que están dando lugar en bloque, a la vez, conjuntamente, a ojos del clínico, va a ser tremendamente difícil sino imposible "conocer las causas" que han llevado a tal situación psicopatológica clínica. Si tuvieramos persistencia en el empeño tendríamos que desenredar la madeja y convertir las relaciones sistémicas en circulares, las circulares en lineales, y las lineales en variables independientes explicando a continuación como se han ido interrelacionando hasta justificar el sistema actual. Esta labor *en contra del tiempo y hacia atrás* resultará sin duda ardua y con escasas garantías de autenticidad. En primer lugar al ir hacia atrás pueden ir apareciendo otro conjunto de variables que parecen estar próximas o incluso unidas a las que vamos desentrañando de tal manera que la labor de disección que nos proponemos se convierte en una labor de construcción de un nuevo sistema hacia atrás que acaso no tenga fin porque inevitablemente será fácil ir encontrando variables para sumar a las que estamos desentrañando. Un segundo problema, o quizá mejor, desventaja simplemente, es que al ir hacia atrás paramos el tiempo y como mínimo no vamos hacia adelante, perdiendo el tren de la dinámica de la situación clínica que no espera en absoluto a que nosotros recorramos el camino inverso. A pesar de estas dos dificultades lo que hace el psicoanálisis es precisamente eso, ir hacia atrás a la búsqueda de relaciones causales simples y lineales, acaso más complejas posteriormente, que justifiquen la situación clínica actual.

Desde mi punto de vista el psicoanálisis cae en esa reconstrucción a la inversa de nuevos sistemas que no tienen fin. Se les pone un fin en el momento en que se hallan relaciones causales lineales simples o algo más completas, que estando en consonancia con premisas ideológicas previas conviertan de golpe la analogía de situaciones en "descubrimiento de las causas". Se puede argumentar el segundo aspecto que yo he citado como inconveniente, queda perfectamente controlado en la práctica psicoanalista en base a la transferencia con el terapeuta, (el "adelante" de la madeja). Sin entrar en polémica sobre ello porque no es el objetivo de este texto, simplemente parece, que, cuando menos, resulta algo así como ir sumando incógnitas a una ecuación que ya tiene de entrada muchas.

Kline ha argumentado lapidariamente con respecto a la investigación de teorías etiológicas que "en honor a la verdad, nunca podremos probar algo. Solamente podemos acumular más y más pruebas de que nuestra hipótesis no es incorrecta". A pesar de que realmente la afirmación sea lapidaria y aparentemente nihilista, algo análogo puede decirse del problema del conocimiento de las causas en determinada situación clínica desde la óptica de la Teoría General de Sistemas.

Simplemente es por lo menos difícil, lleno de inseguridad, y con resultados probablemente erróneos, lisa y llanamente carente de garantías, intentar conocer "las causas concre-

tas y delimitadas" de una determinada situación clínica. A lo máximo a lo que podemos llegar, y esto ya es perfectamente suficiente para el terapeuta si es que realmente quiere hacer de terapeuta, es a delimitar las variables presentes, suponer que no están ahí caídas del cielo, e intentar manipularlas de alguna forma en función de unos objetivos previstos.

¿Y después que?

El segundo problema que se plantea es el siguiente: Suponiendo que en una situación determinada, ya sea porque es simple, ya sea porque hemos tenido la especial capacidad y facultad de delimitar todas las cadenas causales anteriores, cosa que personalmente pienso no puede hacerse sino se tienen poderes especiales que confieso no haber disfrutado nunca, si como digo, podemos delimitar bien la situación clínica debemos cuestionarnos hasta que punto este conocimiento es relevante y útil para la terapéutica. Este planteamiento herético traducido en cristiano quiere decir: supuesto que pudieramos conocer las causas de determinadas psicopatologías en situación clínica concreta y actual, ¿serviría esto para algo?. La respuesta es que serviría ciertamente y con relevancia, para el conocimiento científico de situaciones psicopatológicas similares en todos los individuos que las padezcan. Si de ese conocimiento surgen hipótesis que puedan posteriormente experimentarse y verificarse y que sirvan para establecer leyes generales acerca del comportamiento de individuos en situaciones análogas, aumentará sin duda nuestro grado de predicción de lo que ocurrirá en estas situaciones, y nuestro grado de conocimiento acerca de la relevancia que las diferentes variables tienen en ese sistema psicopatológico. Todo lo anterior lamentablemente no quiere decir que sirva necesariamente para solucionar el problema concreto de aquel individuo concreto en aquella situación clínica concreta.

Personalmente pienso que es deseable este tipo de conocimiento pero que como clínicos en la mayoría de las ocasiones no podemos esperar a tenerlo para actuar. El individuo que sufre o que padece está ahí con nombres y apellidos, con demanda de ayuda, y no puede esperar a nuestras disertaciones teóricas o incluso a nuestros diseños experimentales. Algo se ha de hacer. Yo defiendo abiertamente la idea de que el clínico es aquel individuo que trata de conseguir que un señor que se lo pasa mal, lo pase menos mal en el menor período de tiempo posible y a costa de lo que sea. Si en esa empresa me he de ver obligado a implorar a la Providencia, efectuar un tratamiento de relajación y administrar psicofármacos, no perdería el pudor por mezclar variables irreconciliables. Personalmente no me encuentro cómodo haciendo rogativas pero no dudaría en hacerlas si me garantizasen que sería el camino más rápido para obtener un beneficio deseado para el paciente en una situación determinada, aunque tenga que dejar la ciencia para mejores ocasiones.

Todo lo anterior dicho en forma de caricatura quiere venir a representar que con frecuencia confundíamos lo que son *objetivos terapéuticos* con *objetivos de conocimiento científico*. Asimismo el clínico tiende a confundir conocimiento de las causas en psicopatología con posibilidades de acción terapéutica. Curiosamente esta confusión la hace a pesar de que está constatando, que en la realidad, diariamente, las situaciones cambian, se manipulan, se modulan, se modifican, varían, empeoran o mejoran, remiten espontáneamente o se destruyen para siempre, fluctúan en suma, independientemente de nuestro co-

nocimiento acerca del porqué de la situación. Sabemos mucho más acerca de como manipular situaciones, controlar hechos, modificar rasgos de personalidad si se quiere, etc., que acerca del porqué ocurren todos esos hechos.

El científico que se dedique a la investigación de la psicopatología necesitará mantener niveles de rigor indiscutibles a la hora de ir a buscar las leyes generales de esa psicología y psicopatología. El clínico, que es un terapeuta exclusivamente o mejor, si se quiere, fundamentalmente, debe estar a la escucha de lo que el investigador científico le proporciona como hipótesis pero sin poder esperar a los descubrimientos.

LA PRAXIS, DESDE "LOS SISTEMAS"

Vamos a ver como podemos realmente modificar esa situación clínica con fines terapéuticos incluso como ya se ha dicho sin el conocimiento de las variables causales que en un momento intervinieron paso a paso hasta llegar a la situación actual. Sin embargo antes valdría la pena comentar un tercer aspecto derivado de los dos problemas anteriores que es el siguiente. ¿Que significado tiene en una concepción sistémica de la psicopatología y de la clínica como aquí se ha expuesto, los términos de psicogénesis, endogénesis, y psomatogénesis tan utilizadas en nuestra práctica clínica habitual?. La respuesta es obvia una situación clínica es a la vez las tres cosas, por mantener los conceptos todavía y para entendernos. En una situación clínica determinada hay factores biológicos, factores psicológicos, y factores sociales que se engarzan, que se relacionan entre sí, que interaccionan en forma sistémica y que se dan a la vez. Todos estos factores tuvieron evidentemente un antes, pero no nos interesa. Lo importante es modificarlos en función de unos objetivos. Es por todo lo anterior que estos términos pierden su valor y como máximo serían aceptables con una significación relativa. Esto es: psicogenético en el sentido de "predominante psicogenético", "biológico" esto es "predominantemente biológico" etc... Sin embargo esta utilización terminológica sigue siendo peligrosa porque igual que pasaba con aquella circularidad de la que habíamos hablado anteriormente, que podría ser una circularidad "de conferencia magistral", pero una linealidad estricta en la práctica, en este caso de los términos "predominantemente" pasaría a mejor vida con rapidez. No obstante hemos de admitir que hay situaciones clínicas, y ahora es imposible hacer la sistematización, en las que realmente predominan los factores biológicos, esto es las variables de contenido biológico presentes en el sistema clínico, con las más relevantes desde el punto de vista de presencia en el sistema. Eso no se acompaña necesariamente como intentaremos ver enseguida de una igual relevancia en cuanto a utilización terapéutica, aunque en algunos casos la coincidencia será estricta. El que en algunos casos lo sea no justifica en absoluto que se convierta en ley universal.

Vuelve a decir que la concepción sistémica de la psicopatología y por lo tanto de la práctica clínica es una concepción multi causal. Sin embargo muchas concepciones son multi causales aparentemente o realmente, y no tienen porqué coincidir con los parámetros que definen estrictamente la aplicación del concepto de sistema y de la teoría de sistemas a nuestras situaciones clínicas. De forma paralela a lo dicho en párrafos anteriores la bandera de la multi causalidad no equivale necesariamente a concepción sistémica. La bandera

de la multi causalidad puede ser ondeada por todas las tribus psicológicas y psiquiátricas a menos que se trate de sectas inasequibles a la plasticidad.

Hacer Terapeutica

La acción terapéutica en una concepción sistémica de la psicología clínica y la psiquiatría parte de las premisas siguientes, ya fundamentalmente conocidas:

- La situación clínica es un sistema.
- Ese sistema que está en un estado E determinado, proviene de un estado anterior y lleva a un estado posterior. La situación clínica por lo tanto es una situación continuamente dinámica y que se caracteriza por presentar estados determinados de su sistema $E_1 E_2 E_3 \dots E_m$ en unos tiempos $t_1 t_2 t_3 \dots t_m$.

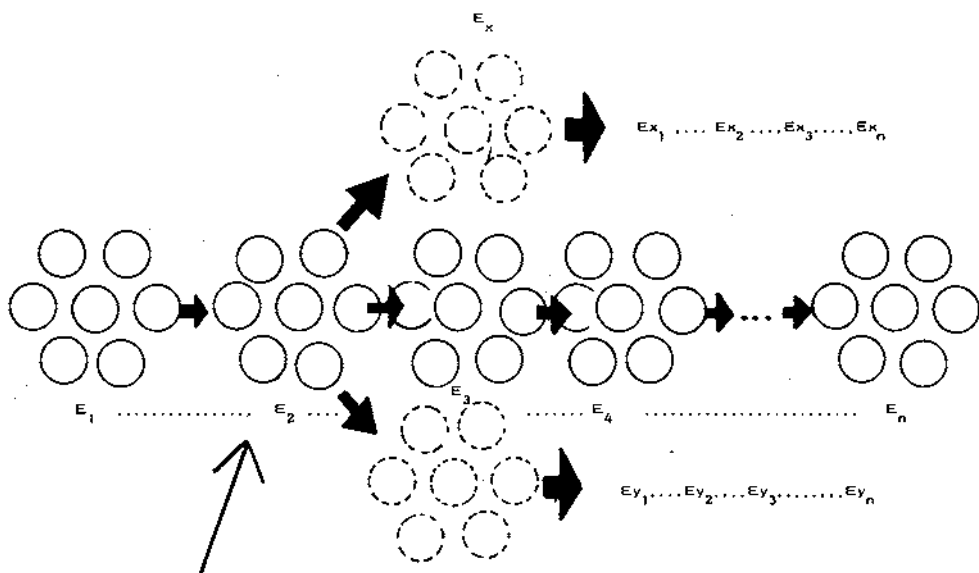


FIGURA 11

En un momento determinado de esa cadena de sistemas esquematizada en el gráfico anterior, alguien adjudicó a un estado del sistema, E_2 por ejemplo, la categoría de patológico o anormal o desviado o enfermo o como se quiera llamar... Ciertamente eso fué en su momento una valoración en función de parámetros diversos. Lo que acabo de decir es una simple constatación de la realidad. No es ninguna aportación a la validez de la utilización de esos parámetros o una propuesta de utilización de uno de ellos en vez de otros. Siguese el modelo médico, el comportamental estricto, el psicoanalítico, o cualquier otro, en un momento determinado el estado se convirtió en un sistema susceptible de entrar en relación con alguien que se llama terapeuta. La situación "se profesionalizó" (para bien o para mal). Es a partir de ahí que el clínico debe trabajar. La acción terapéutica va a consistir en una modificación de ese estado de la cual surgirá un nuevo estado E_x que se convertirá en E_{x1} E_{x2} E_{x3} , etc. por la aplicación de los instrumentos terapéuticos que se vayan a emplear. Vamos a intentar a continuación expresar como pero antes vale la pena afirmar de entrada que debe haber un momento, un estado del sistema, un E_{xn} , que recibirá una valoración a la inversa de la que recibió E_2 en su momento. En algún momento el terapeuta, con el paciente, con la familia, o con quien sea, debe decidir que su acción ha finalizado. Esto será únicamente posible si previamente definió los objetivos a corto plazo a medio plazo y a largo plazo que se proponía en su actuación. Si no hay definición de objetivos de acción terapéutica se convierte en *algo que no tiene fin*, en algo interminable y que se auto alimenta a si mismo, confundiendo en el infinito con algo que probablemente no tiene que ver nada con la clínica. Vimos anteriormente algunos rasgos de actitud que diferenciaran a los diferentes clínicos entre sí. Aquí tenemos otro parámetro importante que los diferencia: La definición de objetivos. Esto es, en qué momento, en qué estado del sistema, se han cumplido los objetivos que el clínico se había propuesto. Obviamente los objetivos que en clínica solemos denominar "sintomáticos" de modo despectivo la mayoría de las veces, (posteriormente intentaré reivindicar la importancia de un tratamiento "sintomático" pero no por ello en absoluto superficial), se cumplen a corto plazo, y probablemente, corresponden a los estados del sistema subsiguiente al que se definió primeramente como el anormal o patológico o susceptible de ayuda o tratamiento. Objetivos en los que entre un cierto grado de *insight* o una modificación más profunda la situación, serán probablemente objetivos a medio plazo y supondrán una cierta ya mayor riqueza de estados progresivos del sistema clínico. En los llamados objetivos a largo plazo se deben incluir aquellos en los que se pudiera prevenir de alguna forma la no repetición de estados patológicos anteriores o acaso un grado de autoconocimiento o de *insight* superior. Dado que el problema del *insight* o del autoconocimiento entre de lleno en el problema de la tan traída y llevada anteriormente "determinación de las causas", al menos tal como algunos lo entienden, esta acción terapéutica con objetivos a largo plazo se convierte en algo igualmente peligroso, difícil y carente de garantías científicas de veracidad y realidad. No es en absoluto peligroso que el individuo se cuestione porqué le ocurre lo que le ocurre. Es de entrada saludable. Lo que es peligroso a mi juicio es que la empresa en la que se tenga que embarcar para llegar a unas conclusiones que satisfagan mínimamente su curiosidad (y que además esta satisfacción coincida con la de su terapeuta), sea una empresa que en sí mismo se convierta en problema.

Por la definición anterior de la clínica como un sistema, la acción terapéutica consistirá en modificar una o varias variables de este sistema con el fin de que se pase de un estado determinado a otro diferente que o bien ya en sí mismo sea mejor desde el punto de vista de beneficio del paciente o bien arroje más luz acerca de la relevancia de las distintas variables dentro del sistema, o bien ambas cosas. Como puede verse insistimos en la palabra modificación de variables y modificación del sistema. Lo que sabemos es que si modificamos una variable modificamos de alguna forma el sistema. Esta palabra "modificación" quiere decir cambio de un estado a otro, sin ninguna connotación de valor necesariamente. Esto es, incluye cambios positivos y negativos, deseables y no deseables, para bien y para mal etc... Debemos esperar que nuestros cambios influyan para bien pero podemos equivocarnos.

Estrategias racionales

La cuestión siguiente parece obvia, viene lógicamente de forma inmediata, y constituye acaso el pilar de la "filosofía" del abordaje sistémico en la práctica clínica psicológica y psiquiátrica. La pregunta es: ¿que variable o variables modificamos?, o lo que es lo mismo, ¿por donde modificamos el sistema?. Dado que nuestro objetivo inmediato es pasar a tener en el menor tiempo posible un estado del sistema clínico distinto, que, o bien nos da mayor información sobre las variables, o bien ya sea en sí mismo terapéutico, podríamos modificar del sistema y con forma prioritaria, aquella variable o variables que a corto plazo nos pueda asegurar una modificación significativa y ostensible de la situación clínica. Eso quiere decir que aunque en ese sistema de variables haya una o unas que sean *las aparentemente más relevantes y significativas*, no necesariamente la actuación terapéutica debe implicar la modificación directa o inmediata de ellas, o simplemente el empezar por ahí. Relevancia de las variables por lo tanto, no se sigue necesariamente de prioridad en su modificación. Puede ser que una modificación de las denominadas sintomáticas, esto es, que eliminen rápidamente algunos rasgos, hechos, factores, o síntomas, sea prioritaria porque garantice que a corto plazo tendremos un nuevo estado del sistema con ventajas para:

- . Nuevas modificaciones.
- . Obtener mayor información sobre las variables clínicas y su relevancia.
- . Asegurar una relación terapéutica estable, para que el paciente constate a corto plazo la posibilidad de modificación de su situación.
- . Eliminar variables de alta capacidad de interferencia sobre las demás, como ocurre con frecuencia con la ansiedad clínica.
- . Mejorar rápidamente, a corto plazo, la imagen que el individuo tiene de sí mismo, por haber eliminado algunos aspectos deteriorantes de dicha imagen.
- . Simplemente, empezar a evitar el sufrimiento.
- . Cualquier otra cosa que al clínico le sea ventajosa en su relación.

Por todo lo anterior se deduce que la modificación, al menos de las primeras variables, se efectúa con criterios tremendamente pragmáticos, y con el objetivo de pasar inmediatamente a un nuevo estado del sistema *más útil*. Nos interesa "tocar" una variable que

parezca lo suficientemente influenciado a corto plazo como para que en breve tiempo y por supuesto sin eternizar la actuación terapéutica, proporcione una nueva situación "estabilidad provisional del sistema", el cual sea nuevamente abordable y así sucesivamente. Con respecto a la modificación posterior, ya entrada adelante la acción terapéutica, el criterio sigue siendo el mismo pero no de forma tan rígida de tal manera que sólo el desarrollo de los acontecimientos terapéuticos será el mejor indicador de los "lugares" por los que se debe de ir modificando la situación clínica.

Tipos (inespecíficos) de intervención.

Hemos hablado de la modificación de variables clínicas pero no de instrumentos de modificación. Si tuvieramos que repasar sucintamente el instrumental terapéutico lo haríamos de forma parecida a la que se propone la figura 12.

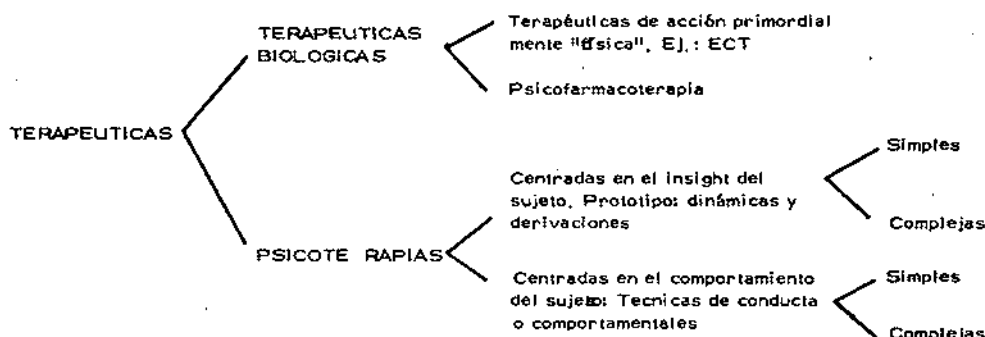


FIGURA 12

Por terapéuticas psicológicas o psicoterapias entendemos todo aquello que puede hacerse utilizando un instrumental exclusivamente psicológico, ya sea basado en las leyes del aprendizaje, ya sea en la teoría psicoanalítica, ya sean en cualquier otro esquema teórico o paradigma.

Por terapéuticas biológicas entendemos todo aquello que pueda hacerse con fines terapéuticos y que suponga utilizar un instrumental de tipo físico o de tipo químico que actúe sobre el organismo. Ya se dijo anteriormente que en este abordaje sistémico de la práctica clínica los términos psicogénesis, osmatogénesis, y endogénesis, pierden su valor y se relativizan extraordinariamente. Algo parecido pudiera pasar con el término de psicoterapia. Cuando se está efectuando algo que se denomine psicoterapia y que consista en una relación verbal con el individuo, por ejemplo, "a la búsqueda de las causas perdidas", probablemente el término psicoterapia es apropiado, porque define correctamente la situación. Se está utilizando un instrumental estrictamente psicológico, nadie negará que esa información verbal más la comunicación no verbal que se establece entre terapeuta y cliente no navega como un fluido errante por el espacio sino que implica una actuación psicofisiológica sobre el organismo. La más radical de las psicoterapias es por lo tanto una actua-

ción biológica. A la inversa la situación es la misma. Una actuación biológica sobre el organismo humano, en la práctica clínica habitual, no suele ser organizada en forma automática o caída del cielo sino que implica unas variables psicológicas relacionales que dan al fármaco, por ejemplo, un valor más amplio que aquel que se le supone por el hecho de ser una sustancia química con acción fármaco dinámica específica sobre el sistema nervioso.

Por otra parte además cuando el término psicoterapia se emplea aplicándolo a instrumental exclusivamente psicológico basado en las leyes del aprendizaje, por ejemplo, en la práctica clínica habitual puede ocurrir dos cosas: que ciertamente de forma exclusiva se emplee una técnica derivada de una ley de aprendizaje o algo similar a ello, en cuyo caso no parece necesario cambiar el término de psicoterapia, o bien se está efectuando esta técnica junto con otro tipo de instrumentos que se les sigue llamando psicológicos pero que en realidad no lo son, se mire por donde se mire, al menos en el mismo sentido que antes lo aplicábamos. Por ejemplo cuando estamos actuando con el instrumento de relajación de por medio, es evidente que estamos utilizando algo que está en relación con mecanismos psicofisiológicos conocidos. Si la relajación por ejemplo forma parte, como instrumento de un programa de desensibilización sistemática, no nos encontraremos en una situación en la que estamos haciendo algo que es una actuación biológica en la medida que estamos haciendo relajación. Por lo tanto en este tipo de casos como en los anteriores tampoco las actuaciones llamadas psicoterapéuticas suelen ser realmente estrictamente psicológicas. De todas formas no vamos a abrir aquí un debate acerca de la conveniencia o no de mantener terminologías. Se ha escrito bastante acerca de esto.

Lo que aquí interesaba ahora era algo diferente. Se trata de saber si a la hora de manipular aquella variable o variables que antes propusimos, existe alguna relación entre el soporte de esa variable, el contenido, la realidad de la misma, y el instrumento a utilizar. Traducido en términos menos pretenciosos: Supuesto que haya variables que, por convenio, denominemos psicológicas, otras biológicas, y otras sociales, ¿implica eso que las variables psicológicas son necesariamente modificables por psicoterapia, las biológicas por somatoterapia, y las sociales por algo que podríamos llamar socioterapia?. O lo que es lo mismo, si mantuvieramos, que no lo hacemos, los términos de trastornos psicogenéticos, somatogenéticos, y endogenéticos, ¿son las alteraciones psicogenéticas susceptibles de psicoterapia, las somatogenéticas y endogenéticas por ejemplo de somatoterapia, etc.?. La respuesta desde el punto de vista de este abordaje sistémico, y que, como ya hemos predicho antes, van a estar de acuerdo muchos clínicos, más de los que realmente en la práctica cumplirían la coherencia de este acuerdo, es rotunda. No hay ninguna relación entre soporte del instrumento (psicoterapia, psomatoterapia), y soporte de la variable (variable psicológica, variable biológica). Las variables denominadas psicológicas pueden ser modificadas con instrumentos psicológicos, biológicos, y psicosociales. Las variables denominadas biológicas son asimismo susceptibles de ser modificadas por instrumentos denominados psicológicos, obviamente también por los biológicos, y asimismo por los psicosociales. Las variables denominadas psicosociales podrían ser susceptibles de modificación con instrumentos biológicos, psicológicos, y sociales... Va a depender exclusivamente de la variable que queramos modificar y de nuestro conocimiento acerca de la posibilidad de modificarla a corto plazo, la elección del instrumento que puede conseguirlo. Asimismo depende

también de la valoración que el paciente haga de la relevancia de esas variables. Esto constituye un punto importante de la estrategia de acción clínica similar o paralelo al que antes calificamos de prioritario que era la elección de la variable a modificar. De nada serviría la modificación de una variable cualquiera en determinado individuo, por el hecho de que pensáramos que a corto plazo realmente iba a ser modificada y por lo tanto implicaría un nuevo estado del sistema, si al hacer esa elección y al efectuar esa modificación, hacemos algo que esté tremendamente alejado de las expectativas que el paciente tiene acerca de lo que se va a hacer con él y de lo que espera de nosotros.

Parece obvio que en aquellos individuos que acuden a la consulta predispuestos a tener una relación terapéutica interpersonal a largo plazo, al estilo de la psicoterapia clásica o de la psicoterapia psicodinámica, que no ya del psicoanálisis, el proponerles y no digamos ni siquiera proponerles...) una modificación de las denominadas como antes dije, despectivamente sintomáticas, puede acarrear lisa y llanamente el abandono de la relación terapéutica. Si ha acudido con determinadas expectativas llamémoslas racionalistas, o racionalizadoras, o intelectualistas, una actuación exclusivamente biológica, aparentemente elemental y "sintomática" probablemente no va a ser bien aceptada. En cualquier forma si este individuo tiene un nivel de inteligencia aceptable, lo cual parece que debe estar presente por definición si acude con estas expectativas citadas, puede entender bien si gastamos el tiempo suficiente en explicárselo, que esa actuación aparentemente superficial y sintomática, acaso "incluso" "despreciable", tiene una lógica determinada y está inmersa dentro de un programa mucho más amplio en el cual se cumplieran perfectamente sus expectativas. Pretender que el cliente intuya de entrada cual va a ser nuestra actitud es exigir demasiado de unas relaciones terapéuticas tremendamente contaminadas por toda la mitología existente acerca de cómo los psicólogos clínicos y los psiquiatras manejan sus situaciones clínicas.

Algo similar pero a la inversa ocurriría en aquel individuo no necesariamente débil mental, que acudiera con unas expectativas de resolución a corto plazo o a medio plazo de variables clínicas concretas, síntomas, problemas, hechos clínicos, que le angustian, le molestan, interfieren con su vida normal, etc., etc. En este tipo de individuos un planteamiento, que lógicamente ya no sería este sistémico que aquí estamos proponiendo, en el que se le proponga gastar tiempo a la búsqueda de los eslabones perdidos en su infancia y adolescencia que justifiquen la situación actual, con la espera prometida de que tal empresa es necesaria e imprescindible para conseguir lo que él desea en aquel momento, en este tipo de individuos digo, la relación terapéutica puede desaparecer de forma fulminante.

Por lo tanto resumiendo, el abordaje sistémico de la terapéutica en psicología clínica y psiquiatría supone:

- 1.— *Identificar las variables* clínicas presentes mediante los datos de anamnesis y exploración y estructurarlas en forma sistémica.
- 2.— Decidir qué *objetivos* a corto medio y largo plazo se van a establecer y siempre que sea posible lógicamente "contratarlos" con el paciente.
- 3.— Decidir qué *variable* o *variables* del sistema van a ser prioritarias de modificación para que se cumpla el primer objetivo que es el de *transformación de aquella situación clínica en otro estado diferente del sistema* que, o bien dé más información acerca de variables que se han olvidado o que no se conocían, o bien, modifique ya positivamente el sistema, en función de aquellos objetivos propuestos, o bien ambas cosas a la vez.

- 4.— *Efectuar esa modificación eligiendo aquel instrumento terapéutico (psicológico, biológico), que realmente tenga la capacidad de modificar la variable a corto plazo, prescindiendo de que no haya concordancia entre el tipo de variable y el tipo de terapéutica dado que esto es absolutamente irrelevante.* Volvamos a repetir: lo “psicogenético” no es necesariamente abordable exclusivamente con psicoterapia; lo “somatogenético” no es necesariamente abordable exclusivamente con psicofarmacología.
- 5.— Una vez efectuada la primera modificación delimitar el nuevo sistema con las nuevas variables y volver a repetir nuevas modificaciones hasta que se cumplan los objetivos previstos.
- 6.— Obviamente, utilizar algún tipo de instrumento más o menos objetivo que puede decidir cuándo esos objetivos terapéuticos se han cumplido.

Podría observarse algunas similitudes con el tipo de trabajo propugnado por la escuela de Palo Alto y la llamada Teoría de la Comunicación, pero en realidad se trataría simplemente de similitudes. Por ejemplo cuando la citada escuela habla de “puntuaciones” se refiere a lugares de los eslabones, pero con estructura de la que nosotros hemos denominado lineal. En este abordaje propuesto aquí no hay puntuaciones de variables sino puntuaciones en todo caso de sistemas y de estados de sistema. Siguiendo el mismo tipo de analogía tendríamos “Sistemas identificados” en vez de pacientes identificados, aunque este abordaje no estaría como puede intuirse en absoluto en contraposición con una práctica grupal en la que de alguna forma habría que acabar identificando a quién se trata y porque... Otro punto de cierto alejamiento con la escuela de Palo Alto con lo que, insisto, puede parecer haber aparente coincidencia, es la decidida pretensión en este abordaje sistémico de utilizar premeditadamente todo tipo de instrumentos terapéuticos, ya sean psicológicos o biológicos. La escuela de Palo Alto no valora a nuestro juicio la acción real que la psicofarmacología por ejemplo puede efectuar dentro del sistema de relaciones de comunicación.

PSIQUIATRIA DE SISTEMA ABIERTO

Uno de los pocos colofones a los que se puede llegar a través de este ya largo peregrinaje, es el de que, a fin de cuentas, el hombre es un sistema abierto. Esta constatación trivial y hasta algo estúpida, pasa por eso inadvertida. Todo lo que funciona en un sistema abierto, debe hacerlo en el hombre si éste cumple las condiciones. No hay ninguna razón objetiva para la excepción. Los sistemas abiertos cumplen un principio que algunos llaman de “equifinalidad” y que en realidad expresa la alta inespecificidad entre estados de las entradas de información del sistema y los estados de sus salidas. Múltiples y diversas “causas” pueden conducir en un sistema abierto a un mismo “efecto” o resultado. A la inversa, una única “causa” (entrada de información, o mejor, estado de la entrada de información), pueden suponer diversas posibilidades de “efectos” (salidas de información, estados finales del sistema).

En versión clínica, esto supone reconocer, que la mayoría de síndromes, si no todos son “estados finales” a los que se puede llegar por estrategias muy diferentes. Pretender

que hay un único camino para convertirse en fóbico o en esquizofrénico, no concuerda con lo del "sistema abierto". Es posible que existan diversas posibilidades o vericuetos con un mismo estado "final" (es un decir). Acaso ciertos síndromes dispondrían de un dispositivo más o menos "automático", que una vez puesto en marcha por diferentes posibilidades, condujera a una situación clínica, que mirada desde la perspectiva del clínico, pareciera "igual" o al menos análoga a otra. Los clínicos vemos estados concordantes. Por eso podemos hablar de síndromes y enfermedades.

Sin embargo, la idea de la equifinalidad, no está reñida con la diversidad de posibilidades etiológicas, si por esta palabra se entiende el tipo cualitativo-cuantitativo de información que el individuo debe recibir para "poner en marcha el dispositivo de la alteración". Existirían dispositivos o algoritmos más o menos "cortos" (o largos, según se mire). Por ejemplo, en las enfermedades congénitas del metabolismo, la cantidad-cualidad de información previa al sistema, pinta poco, pues prácticamente, la puesta en marcha de la algoritmia alterada es "inmediata". El componente genético es por tanto muy alto. El abanico de entradas de información "previa", aunque sea amplio (diverso ambiente, diversas estimulaciones), poco puede con la algoritmia del interior de la caja negra, y el "resultado" o estado del sistema pasa a ser relativamente estable (en el sentido patológico del término). En la esquizofrenia poseemos abundante información para afirmar que el componente de "algoritmia genética interna" es tremendamente importante. Sin embargo algún "trigger" o gatillo debe ponerlo en marcha. Determinadas condiciones del sistema (ya sean estados cuantitativo-cualitativos de la información exterior, como cambios informacionales internos de la caja negra) deben ser capaces de conducir a esa patología que, dicho sea de paso, tampoco es absolutamente constante en su "estado final" (no en el sentido *kleistlehonhardiano* del término). Si la esquizofrenia fuera tan alórtimicamente dispuesta como un error congénito del metabolismo, no tardaría 20 ó 30 ó 40 años en "aparecer". Algún tipo de "situaciones" deben poner en marcha una estrategia interna más o menos constante. Puede ser determinada forma de comunicación externa mantenida con el sistema (Palo Alto), aunque no es probable dada la alta plasticidad de relaciones comunicacionales. Desde luego, la que ellos postulan, es tan específica de la esquizofrenia como de la dinámica familiar del corredor de bolsa. Puede tratarse de determinado tipo de incapacidad para procesar la información. Esta hipótesis involucraría todo el sistema sensorio-perceptivo y el cognoscitivo y va avalada por las peculiares formas encontradas de cómo estos sujetos procesan información "a partir de" la enfermedad. Quizá sea todo mucho más complejo. Sin embargo, hoy por hoy sigue siendo válida la hipótesis "equifinal" que, como he dicho, y supongo dejado sentado, no están en contradicción con la existencia de un biologismo especialmente predispuerto. Otros dispositivos serían todavía más inespecíficos y por lo tanto la "equifinalidad" resultante sería absolutamente más plástica, al multiplicar la diversidad de "entradas" por la "diversidad" de algoritmias de la caja negra, la diversidad de "salidas" (situaciones clínicas) sería logarítmica.

Desde el punto de vista terapéutico, lo anterior conlleva al observación de que una estrategia terapéutica determinada, un tipo de intervención más o menos estandarizado, puede conducir a resultados muy diversos mientras que a la inversa podrían obtenerse resultados similares con estrategias de intervención idénticas. A una misma situación "fi-

nal" terapeutica podría llegarse "por psicoterapia", "por psicofarmacoterapia" o "por combinaciones". A priori, no hay ninguna razón para establecer criterios de racionalización. A posteriori, el estudio estadístico varía el tipo de "soluciones" a las que se llega por distintas intervenciones, e inclinaría la balanza hacia una o hacia otra, pero en el peor de los casos la equifinalidad seguiría funcionando. El problema pasaría a ser entonces, además de ideológico, para variar, un problema de "rentabilidad" terapeutica, en el amplio sentido que se diera a la palabra. Siempre puede tratarse con psicoterapia a una demencia senil, pero es probable que "la algoritmia interna de la caja negra" sea poco influenciada por la intervención exterior. Aún suponiendo un total automatismo de ésta, el 1 0/0 que queda de suponer que lo es en un 99 0/0, es debido a la plasticidad de la equifinalidad. Felizmente para los clínicos, podemos esperar algo más de un 1 0/0 normalmente.

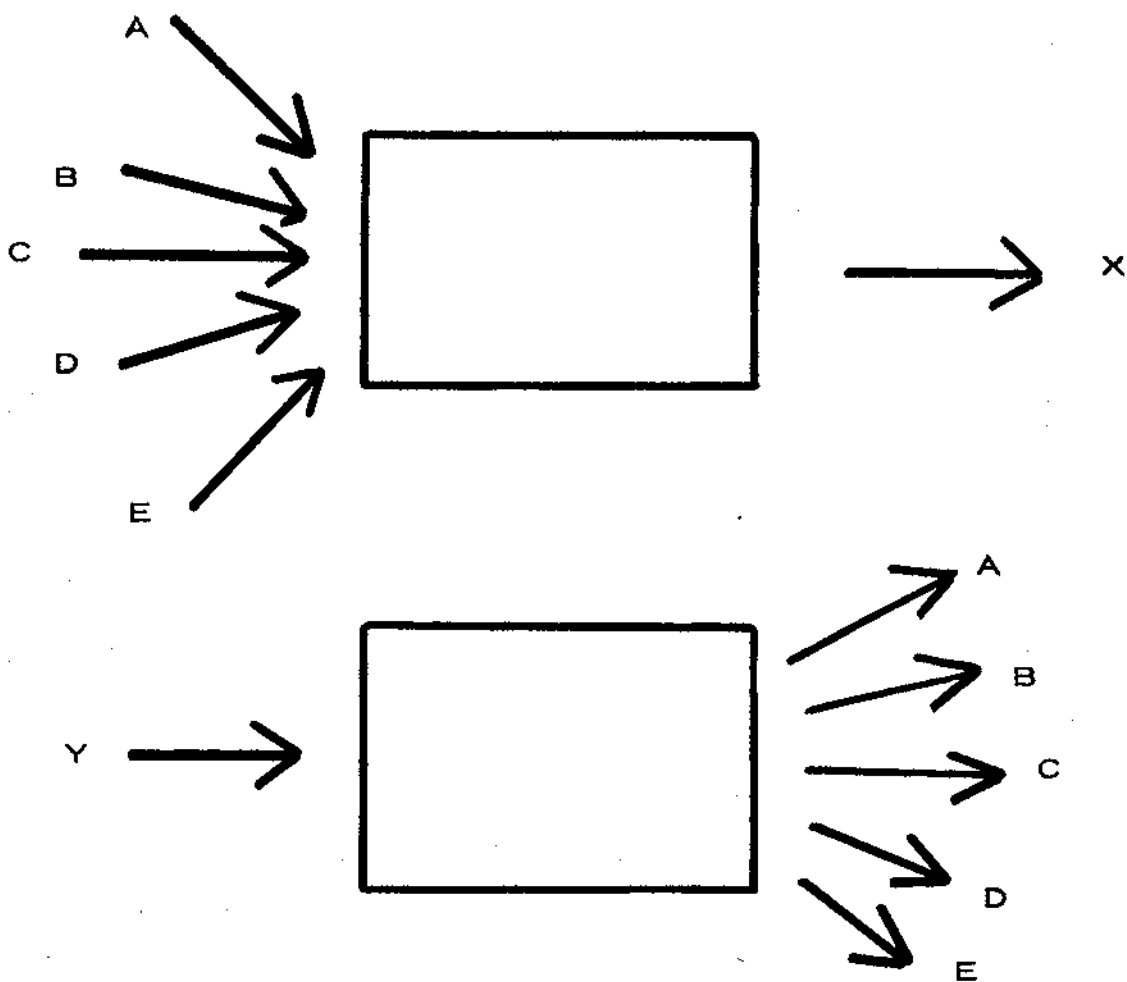


FIGURA 13

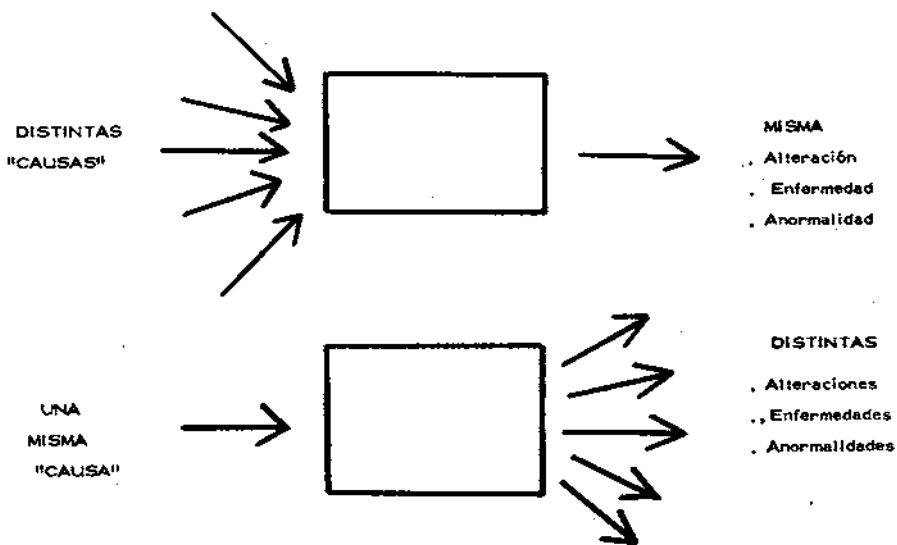


FIGURA 14

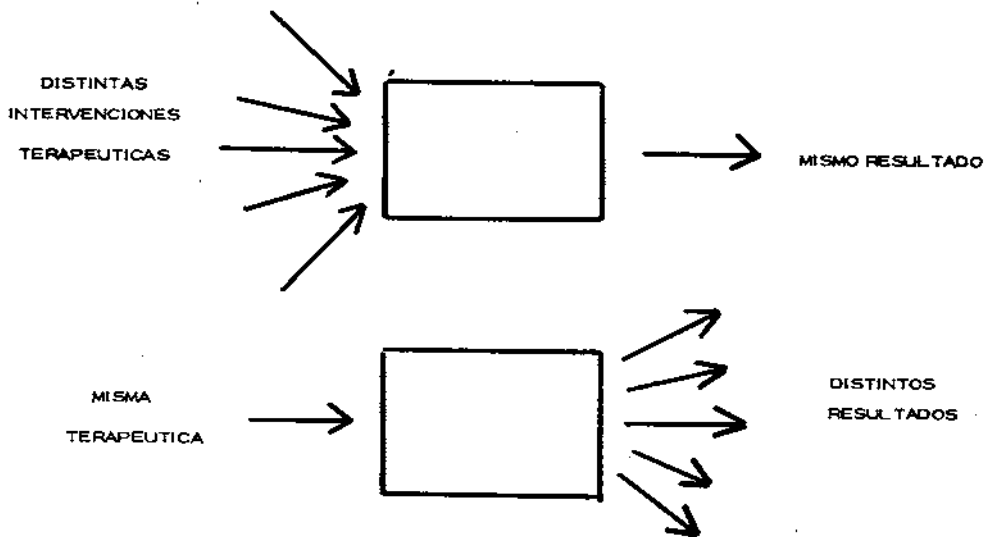


FIGURA 15

Si la equifinalidad se lleva a extremos caricaturescos, resulta que la mejor intervención terapéutica es el azar. Algo de eso hay cuando los estudios sólidos de algunos "follow-up" de enfermedades muestran mejores *ratings* de curaciones no haciendo nada que haciendo algo. Es la esquizofrenia, hay un 15-20 % de pacientes que no mejoran, hágase lo que se haga, y una cifra similar que mejora sin hacer nada. "Nada" no es lo mismo que azar. En realidad no hacer nada es una forma de intervención comunicacional acaso en ocasiones mucho más sofisticada que otra más matizada y controlada. Pero, por ahí van las cosas. Al menos, la Psiquiatría de sistema abierto, no se sorprende ante los fantasmas contradictorios de una u otra tribu psicológica. Quien entiende el concepto de "sistema" y lo lleva a sus últimas consecuencias en la praxis psicopatológica, entiende que la "remisión espontánea" (primer fantasma) no tiene mucho de espontánea (que tampoco es adjudicarle la categoría de "azar"). No voy a repetir por qué. En un sistema abierto nada es espontáneo, y todo es evolución dinámica continuada. De idéntica forma, el problema de la "sustitución de síntomas" (segundo "fantasma") deja de serlo cuando se admite la sustitución... faltaría más!. Claro que hay sustitución. El sistema no es estático. La limpieza total, variedad de terapia a la que parecen aspirar el sector megalománico de las ciencias del comportamiento, no funciona por que el tiempo y el espacio no se paran. El que se observe otra sintomatología "sustituye" no es —en versión sistemas— sinónimo de mala terapéutica. La mejor de ellas genera por lo menos la misma cantidad de "sustituciones", aunque no se les llame "síntomas". Eliminar "síntomas" y adquirir el riesgo de que sean substituídos por otros, es al menos equivalente en juicio de valor a "actuar" en profundidad con el "insight", corriendo aquí el riesgo de que lo que se sustituye sea otra cosa (rasgos de personalidad, actitudes, modelos de vida, etc...). Optar por una u otra cosa es perfectamente posible y no hay ninguna ley que prohíba dedicarse a uno u otro menester. Sin embargo, "en sistemas", lo uno no es "mejor" que lo otro, o viceversa.

Llegará un día en que sabremos más sobre eslabones, algoritmos, estados previos y estados finales. Mientras tanto, bueno sería que los biólogos extremistas pensaran seriamente el significado epistemológico que tendría el encuentro del "enzima perdido", y que los "otros" recapacitaran sobre la bondad necesaria que parece debe tener según ellos, la gimnasia mental llevada a extremos de full-time.

No sé si la TGS aporta "nuevas cosas", pero al menos sirve como desintoxicante de las verdades universales a las que lleva la afiliación tribal en Psicología y Psiquiatría. El extremo opuesto es el nihilismo, cómoda poltrona del que se siente genéticamente cansado o del que vive de algún tipo de rentas.

En cualquier caso, les aseguro que la posición intermedia es apasionante, y hasta "pedagógica" como ahora se llama la actitud el sano escepticismo. Bueno, ya veremos...

COMUNICACIONES

