

Crítica a Marino Pérez

Análisis de “Ciencia y Pseudociencia en Psiquiatría y Psicología”

PARTE 1 - INTRODUCCIÓN

En noviembre de 2018 el Gobierno presentaba el [Plan de Protección a la Salud frente a las Pseudoterapias](#) con el [objetivo](#) de “difundir y facilitar a la ciudadanía información veraz y accesible sobre el conocimiento científico relacionado con las pseudoterapias” y poner en marcha ciertas medidas contra el intrusismo y la eliminación de las pseudoterapias en los centros sanitarios: i) regular los actos, los encuentros y la utilización de internet y redes sociales que conlleven la publicación o promoción comercial de servicios con pretendida finalidad sanitaria, y ii) garantizar que todas las actividades sanitarias se realizan por profesionales que dispongan de la titulación oficialmente reconocida.

El Plan continúa actualizándose hoy en día, pero ya por entonces apuntó a algunas terapias o técnicas como pseudoterapias y que, al menos *a priori*, tendrían alguna relación con la Psicología (ya sea porque algunos de los profesionales que las aplican son psicólogos/as):

Terapias que se pueden considerar pseudoterapias

Análisis transaccional, Constelaciones Sistemáticas (el error tipográfico es del Ministerio), Constelaciones Familiares, Terapia Regresiva, Terapia Bioenergética,

Terapias aún en evaluación

Ayurveda, Constelaciones familiares, Gestalt, Hipnosis natural, Meditación, Psicoterapia Integrativa, Programación Neurolingüística, Técnicas de relajación, Visualización, Yoga

El Consejo General de Colegios Oficiales de la Psicología (CGCOP) [contestaría](#) unos meses más tarde reclamando un papel más activo en el Plan y proponiendo incluir este enigmático y problemático párrafo:

“Hay que señalar que en el ámbito de las terapias psicológicas debe actualizarse lo que se considera fundamentado en evidencia científica, ya que algunas de las que pueden ser consideradas pseudoterapias pueden suponer beneficios contrastados para la salud de los pacientes, cuando son utilizadas correctamente por profesionales psicólogos en el marco de una adecuada relación terapeuta-paciente”

Exactamente ocho días después un conjunto de psicólogos/as remitió en forma de [carta](#) una queja airada por este fragmento firmada por más de 1600 profesionales. El texto que el CGCOP propuso incluir en el Plan parecía otorgar una primacía a la categoría profesional, y no tanto a la técnica o terapia que se desarrollara, ni a qué problema se aplica. Esto, como comentaremos, y como bien se argumenta en la carta, siembra ciertas dudas preocupantes desde el mismo corazón de la profesión.

La cuestión de la científicidad es un tema perenne en nuestro ámbito, pero sí aparecen nuevos actores que otorgan una especial complejidad a todo el asunto. A la interminable cuestión de la eficacia en Psicoterapia y las prácticas más polémicas de la Psiquiatría se suman esta nueva iniciativa gubernamental, la creación de una nueva profesión -Psicología General Sanitaria- y un aparente auge del conductismo radical. Es en este contexto donde se publica el texto de Marino Pérez sobre la “Ciencia y Pseudociencia en Psiquiatría y Psicología”.

No tenía intención de analizar el texto de forma pública, pero la sorpresa tras su lectura, rayando la indignación, me llevó casi irremediablemente a criticarlo abiertamente. En mi estudio personal -que vivo casi como un ejercicio de exorcismo- este libro era uno más de la lista, y ciertamente no esperaba encontrar tan bien condensados todos los problemas de nuestra disciplina. Serviría perfectamente como libro de referencia alrededor del cual formarse, a la contra, como Psicólogo/a (clínico/a). Pero no nos adelantemos.

He organizado el comentario en *Análisis* (resumen y clarificación de las ideas principales y accesorias del autor) y *Crítica* (donde intento refutar o problematizar algunos de sus argumentos). En el apartado *Análisis* he separado ideas propias del autor y las críticas a nociones enemigas. Este es posiblemente el aspecto formal más flojo del libro; la estructura y el orden de los temas es confuso, y como apuntaré más tarde, sólo juega a favor de su tesis y no de un análisis riguroso de las cuestiones que se plantean.

PARTE 2 - ANÁLISIS

Encuentro útil intentar resumir la idea principal de un texto en primer lugar, para a continuación analizar los desarrollos argumentales esgrimidos. ¿Qué nos ha querido decir el profesor con este ensayo? ¿Cuáles son las ideas principales que lo vertebran? Este sería mi resumen en un puñado de renglones:

No existe un criterio claro que nos permita diferenciar entre lo científico y lo pseudocientífico; no existe tal cosa como el método científico. La dicotomía es algo problemática, incluso arrogante: lo científico no puede servir como referencia. En cambio, se precisan de conocimientos no científicos para abarcar las prácticas en Psiquiatría y Psicología. Estas disciplinas deben entenderse mejor como ciencias humanas (tratan entidades interactivas), en contraposición a las ciencias naturales positivistas (tratan entidades naturales). Frente al modelo médico (suponer una condición interna disfuncional) propongo un modelo no-médico (con un enfoque holista, contextual y centrado en la persona). Reivindico atender lo biográfico frente a lo biológico.

En cuanto a la Psicoterapia la considero como el resultado de un proceso analizable desde un marco antropológico, una especie de rito de paso. La Psicopatología puede reducirse a un ensimismamiento patológico (que llamo hiperreflexividad) que engarza junto con estilos personales y problemas de la vida diaria, catalizados por las prácticas culturales del momento (en nuestro tiempo por el diagnóstico psiquiátrico y valores relacionados con el individualismo); los efectos de este triángulo en la esfera física están mediados por procesos atencionales.

¿Cómo desarrolla el profesor Marino estas ideas? A continuación paso a desgranar las ideas accesorias en las que se apoya:

1. Se asume una ontología relacional, pluralista [Tema 1]

Referentes principales: el Nuevo Realismo de Markus Gabriel, a su vez inspirado en el materialismo filosófico de Gustavo Bueno, el contextualismo de Skinner y la teoría de la percepción directa de Gibson -affordance-

Esta ontología parte del siguiente supuesto tripartito:

- Materialidades físicas (M1) / Objetos naturales / Entidades naturales
- Materialidades psicológicas (M2) / Objetos sociales / Entidades interactivas
- Materialidades abstractas e institucionales / Objetos ideales

De ahí se deriva que lo psicológico se sitúa entre la biología y la cultura; se dan realidades psicológicas y no psicológicas (geográficas, neurofisiológicas, histórico-culturales y abstractas -geometría y matemáticas-). El comportamiento mediaría entre estos dos tipos de realidades. Se considera además un enfoque adualista (ni monista ni dualista).

Afirmaciones destacadas:

<<Al fin y al cabo, los organismos, individuos o sujetos operan en el mundo a través del comportamiento, no de la mente, el procesamiento de la información, los genes o las neuronas.>>

<<Los eventos psicológicos no están dentro de uno, en el cerebro, la mente o algo parecido, ni tampoco fuera, en el ambiente, la sociedad ni nada similar.>>

<<El mundo ya se nos ofrece organizado y significativo a resultas de la historia colectiva y personal de cada uno.>>

<<No todo comportamiento es psicológico.>>

<<Las conductas genéricas que todos los individuos realizan por igual no cualificarían propiamente como fenómenos psicológicos.>>

<<No percibimos información que se computa y representa dentro y luego sale como acción.>>

<<La imbricación de la percepción-y-la-acción formando parte de un mismo proceso que implica al organismo como un todo, no un cerebro sobre los hombros cual cámara sobre un pedestal.>>

2. Una epistemología plural es necesaria [Temas 2, 3, 8, 9 y 10]

Referentes principales: taxonomía gnoseológica de Aristóteles, acepciones de ciencia de Gustavo Bueno, cosmovisiones en Psicología y Psiquiatría de Pepper y la fenomenología de Jaspers

La ciencia no es el único conocimiento relevante; se dan conocimientos no-científicos valiosos (fundamentales), como el sentido común, la sabiduría práctica, la prudencia, los mitos, los relatos, las religiones y luego las humanidades o la misma filosofía. Una ciencia, a diferencia de una investigación cotidiana o una práctica profesional, supone un cuerpo de conocimientos teóricos (conceptos, modelos), y de procedimientos (instrumentos, métodos) que mantienen alguna recurrencia, interdependencia o *cierre categorial* entre sí.

Aquí se desarrolla, también a partir de las acepciones de ciencia de Gustavo Bueno, la dicotomía **modelos médicos** (basados en la ciencia positiva natural, que tienen concepciones intrapsíquicas: psicodinámica, mental, cognitiva, procesamiento de información, neurocognitiva, traumática) y los **modelos no-médicos** (basado en las ciencias humanas, que tienen en cuenta un enfoque holista, contextual, centrado en las personas y sus circunstancias) que el profesor propone identificarlo como el **modelo contextual**.

La Psicoterapia (donde confluyen la Psiquiatría y la Psicología -ha leído bien, toda la Psicología-) debe entenderse desde un marco más amplio, como ciencia humana, del que no quedan excluidos el conocimiento científico-técnico ni el conocimiento extracientífico, y tendría como herramienta principal el método clínico (empezando por la entrevista semiestructurada, pero también hermenéutico, existencial, fenomenológico). No cabe, pues, aplicar la *ciencia natural*, incluidas sus herramientas metodológicas, en este campo de los fenómenos humanos.

Afirmaciones destacadas:

<<No se trata, pues, meramente de comprensión empática, sino de comprensión existencial, en el sentido de comprender lo que ocurre en una perspectiva biográfica más que biológica.>>

<<Se alude aquí como modelo médico a un enfoque psicológico que supone una condición interna disfuncional según varias concepciones intrapsíquicas (psicodinámica, mental, cognitiva, procesamiento de información, neurocognitiva, traumática) en base de los problemas presentados, asumidos como síntomas. En general, un enfoque centrado en procesos y mecanismos internos sería una encarnación del modelo médico en psicología. Por su parte, un modelo no-médico se reconocería en un enfoque holista contextual centrado en la persona y sus circunstancias, donde los problemas presentados se entienden como estrategias de supervivencia dadas las vicisitudes de la vida.>>

<<La nueva ciencia mecanicista es, en realidad, una versión del viejo mecanicismo dualista mente-cuerpo (funciones psicológicas-estructuras biológicas), que ni explica ni comprende. No explica las funciones psico(pato)lógicas porque, primero, las mutila de su vinculación con el mundo de la vida y, después, las despieza en subcomponentes, de modo que pierden su sentido psicológico (funcional, experiencial, personal).>>

3. No hay criterios evidentes que demarquen ciencia y pseudociencia [Capítulos 4, 5 y 7]

Referentes principales (en este caso no se apoya en ellos, sólo los repasa): criterios únicos de Popper y Kuhn, lista de criterios de Lilienfeld, de Hansson y de Fasce, y la actitud científica de McIntyre

La combinación de *<<el conocimiento no se reduce al conocimiento científico>>* con el *<<no existe tal cosa como el método científico>>* desemboca necesariamente en la conclusión final del capítulo: después de todo, no hay criterios claros que demarquen la ciencia y la pseudociencia. Ni siquiera es necesario proponerse tal cosa.

Repasa las propuestas actuales que superan el criterio único de Popper, consistentes en unas listas de criterios para acabar planteando la noción de *actitud científica*. No he podido

determinar su postura ante esta última, aseverando en páginas consecutivas lo siguiente: i) <<...como la actitud científica puede ser autoengañososa, no es garantía de buena ciencia>> (página 114); y ii) <<La actitud científica, más que el método científico, sería lo especial de la ciencia, y su falta, el mayor distintivo de pseudociencia.>> (página 115).

Como desarrollo de esta idea utiliza en el capítulo 7 la comparación entre CBT y la EMDR. Jugando en la misma liga de ciencia positivista, ambas terapias serían pseudocientíficas evaluadas desde el propio método en el que se apoyan, víctimas del enfoque científico mecanicista: las dos son oscuras, por no saber cómo ni por qué funcionan. Desde su epistemología plural, recién expuesta, las dos las salva que tienen en común su esencia de *placebo*.

Añadir por último que aboga por que la ciencia no tenga potestad para autorizar a descalificar en el sentido de prohibir unas u otras prácticas más o menos científicas.

Afirmaciones destacadas:

<<Además de la apertura, la honestidad y su habilitación como tratamiento, el placebo podría contribuir a desmitificar las rationales que cosifican causas neurocéntricas de fenómenos que tienen su realidad en un plano contextual-experiencial: organísmico más que orgánico, biográfico más que biológico y comportamental más que mental.>>

4. La Psicoterapia como ritual de paso y tipo especial de placebo [Temas 5, 7, 11 y 13]

Referentes principales: conductas moldeadas por contingencias de Skinner, pensamiento rápido de Kahneman, affordance de sanación de Frenkel, definición de Psicoterapia de Wampold, rito de paso de Van Gennep

La Psicoterapia, así como la medicina tradicional, puede enmarcarse en la noción de ceremonia, donde se da un rito especial de paso (participativo, enactivo y performativo). Aunque utiliza la definición de Wampold, por <<ser una definición transteórica, suficientemente general>>, considero que es accesoria para lo que el profesor quiere transmitir en este punto.

Como ya se ha referido en la idea 2, el marco ideal para la Psicoterapia es, frente a la ciencia positivista, el de la *ciencia humana*, hermenéutica, centrada-en-la-persona, donde se dan otros conocimientos y donde el conocimiento científico-técnico únicamente los incrementa. Los profesionales de referencia son los psicólogos y los psiquiatras, por cuestiones formales, ontológicas, donde la acreditación cumple la función de reconocer en una sociedad de referencia quien puede llevar a cabo estas prácticas.

El efecto placebo sería un ejemplo en el que se dan estas mismas características de forma más clara. Se ha dado un error histórico al contemplarlo como efecto espurio. No ocurre dentro de la cabeza, sino dentro de un contexto clínico, interpersonal; las personas responden a los significados. Propone un modelo holístico-contextual como explicación alternativa al de “expectativas” y el “condicionamiento”. El efecto placebo puede entenderse como un ritual, un *affordance* de sanación.

Analiza en los capítulos 5 y 7 las terapias EMDR y CBT desde esta óptica del placebo y rito de paso, atacando las hipótesis explicativas neurológicas que proponen estos modelos.

Afirmaciones destacadas:

<<La noción de ritual presenta la psicoterapia como una “estructura social” que acoge, reconoce y da precisamente encaje social a los dramas de la gente, diferente de la imagen de “taller de reparación” que parece proyectar la terapia en la concepción científico-técnica, centrada en procesos averiados que hay que reparar.>>

<<Cada ritual descrito (navajos, acupuntura, biomedicina) implica a su manera toda una parafernalia de experiencias, significados y acciones en la que el “paciente” no está pasivamente puesto, sino que el ceremonial es un proceso que conlleva incertidumbre, esperanza, entendimiento y alivio. Mientras que la enfermedad supone preocupación, ansiedad, desesperanza, dolor y desmoralización, las acciones sanadoras suponen esperanza, alivio, remoralización y apertura a nuevas posibilidades.>>

<<Situaciones límite como las señaladas (muerte social, limbo, inseguridad-básica, pérdida-de-sentido) revelan la relación mutuamente constitutiva de uno con el mundo (no con una representación mental del mundo) y piden una concepción holista-contextual, no mecanicista, mentalista y cerebrocéntrica, como es la corriente principal en psicología y psiquiatría.>>

5. El trastorno psiquiátrico/psicológico como hiperreflexividad [Tema 6 y 12]

Referentes principales: distinción de entidades naturales e interactivas de Hacking, el sí mismo como otro de Ricoeur, situación límite de Jaspers, psiquiatría enactiva de De Haan, problemas de la vida de Adolf Meyer, visión antropológica de Alan Young

Los problemas psicológicos, lejos de ser enfermedades médicas, son entidades interactivas, pues a diferencia de las entidades naturales, son susceptibles de ser influenciadas por las clasificaciones, interpretaciones y conocimientos que se tienen de la misma. Esta distinción marca una clara diferencia entre la Psiquiatría y la Psicología, que trabajan con entidades interactivas, y la Medicina, que se encarga de entidades naturales. La analogía médica es equívoca, los trastornos *psi* no son orgánicos, sino de las personas y sus circunstancias.

Los problemas psicológicos derivan de los problemas de la vida a través de un mecanismo de *hiperreflexividad* patógena: ante un problema (voces, craving, rumia, hipervigilancia, etc.) la atención, preocupación y reflexión se centran en uno mismo en una manera que acaba siendo un problema clínico. Esta hiperreflexividad tiene un origen sociocultural (creciente individualismo, conciencia de sí y subjetividad, ideología neoliberal y pensamiento positivo de la época moderna), institucional (prácticas científicas y clínicas) y biográfico (estilos personales “preocupadizos”, “rumiativos” o “neuróticos”).

Además, el problema clínico ha de entenderse como vivido en una situación (una configuración que no se da en lo interno -mental- ni en lo externo -ambiental-), un modo de estar-en-el-mundo, a diferencia de concebirlo como un manejo de síntomas. Los efectos corporales son causados por procesos dinámicos entre ambiente, atención y procesos corporales. Por contraposición, la psicoterapia, entendida como se ha descrito en el anterior punto, permitiría un marco saludable donde redirigir la atención a aspectos del ambiente.

Los diagnósticos psiquiátricos son invenciones, socialmente constituidos, y aunque reales, no son naturales (fijas, ahí-dadas). Estos fenómenos así descritos son derivados de discursos científicos y clínicos. Desarrolla en el capítulo 6 la entidad del TEPT (Trastorno de Estrés Post-Traumático), aunque en el contexto del fenómeno de *disease mongering* comenta de forma somera la ansiedad social, el trastorno de pánico y el trastorno bipolar.

Afirmaciones destacadas:

<<Ninguno de estos diagnósticos deja de referir experiencias y comportamientos reales. No dejan de ser hechos reales que padece la gente. Pero la cuestión es cómo se han hecho reales.>>

<<Los vínculos dinámicos entre ambiente, atención y procesos corporales permiten entender que estos cambios ambientales puedan tener efectos corporales.>>

<<La enfermedad y en general el malestar supondría la ruptura, interrupción o trastorno de esta relación que resulta en la dirección de la conciencia (atención, reflexión, preocupación) vuelta hacia aspectos de sí mismo (corporales, psicológicos) que normal y funcionalmente serían implícitos y pasarían desapercibidos.>>

<<El mundo se nos da interpretado de alguna manera, al margen de la conciencia de intérprete. Antes de que el niño tenga teoría de la mente, ya tiene comprensión intersubjetiva, perceptiva, interactiva y empática de los demás.>>

<<No por casualidad la depresión es sensible a la psicoterapia, mientras que no hay una cosa tal como psicoterapia para la diabetes.>>

<<La depresión no estaría dentro de uno, sino uno dentro de una situación depresiva y deprimente.>>

Nociones o fenómenos criticados

- El cientificismo y el método científico.

Concibe el cientificismo como la nueva ortodoxia, una nueva religión secular fundamentalista, en la que la propia ciencia queda sin analizar. Esta considera la ciencia como único conocimiento válido. La sociobiología, la psicología evolucionista y la neurociencia son ejemplos cientificistas. No existe tal cosa como el método científico, y de existir, no garantiza por sí mismo que algo sea una ciencia, porque es teóricamente ciego.

Las nociones de predicción y explicación no pueden darse en las *ciencias humanas*. Cuando se proponen explicaciones desde éstas adoptan necesariamente el mecanicismo.

- El dualismo y el monismo

Como hemos visto, la ontología que propone se desmarca de estas dos concepciones que une de una manera extraña a las teorías mecanicistas de la mente, <<que no deja de ser una versión del dualismo y su socio y sucedáneo, el monismo.>>. El dualismo es la postura oficial de la Psicología y la Psiquiatría. Esta vinculación la realiza mediante la neurociencia, que entiende el cerebro como un “teatro cartesiano” <<donde un homúnculo parecería observar en una pantalla los datos de los sentidos>>.

- El reduccionismo

La *consiliencia* de Edward O. Wilson sería el ejemplo paradigmático del error reduccionista, que rechaza por <<ser una idea metafísica, que obvia su propio carácter ontológico y gnoseológico para erigirse la última palabra>>.

- La ciencia positiva mecanicista

Rechaza el positivismo mecanicista por ensalzar la ciencia en el estudio de fenómenos humanos, y por vincularse por las nociones comentadas hasta ahora: el método científico, el reduccionismo y el dualismo/monismo. Se critica la vertiente metodológica del positivismo (método científico), no tanto la ontológica, que a menudo se asocia con objetivismo (realismo).

- La neurociencia y la neuropsicología

A menudo relaciona directamente neurociencia con listas de diagnósticos y la psicofarmacología y prácticas biomédicas que estarían en el seno de la Psiquiatría y Psicología actuales. Además, y junto

a la psiquiatría, la neurociencia también es *<<cómplice inestimable de este proceso de individuación y naturalización de los problemas psiquiátricos y psicológicos>>*.

Preguntas como *¿cómo el cerebro crea la autoconciencia?* estarían mal planteadas, por suponer que es cosa del cerebro donde se ha de mirar.

Ahonda en conceptos como el de “neuronas espejo”, productos finalmente del aprendizaje, y la “memoria de trabajo”, que sirve de ejemplo de homúnculo en el cerebro por la personificación de las funciones ejecutivas (“aprender”, “actualizar”, “guiar”).

<<Sin duda, se sabe más del cerebro que nunca. Sin embargo, no por ello se sabe más de por qué nos comportamos como nos comportamos, ni de los trastornos mentales, ni de la conciencia, ni tampoco de las ciencias que se apresuraron a poner el prefijo “neuro” más allá de la palabrería generada.>>

- Teorías o terapias centradas en el procesamiento de información

Apoyándose en la percepción directa de Gibson postula que la información no es computada o procesada en el interior, al que se *añade significado no se sabe cómo* y luego sale como acción. Todo lo que caiga en este esquema está corrupto, como los modelos médicos que asumen condiciones internas disfuncionales (enfoques psicodinámicos, mentales, cognitivos, etc.).

- La práctica basada-en-la-evidencia

Esta práctica *<<se centra más en la enfermedad que en el enfermo, y en el algoritmo más que en la persona de carne y hueso. Termina fácilmente por ser, más que nada, una práctica defensiva de los clínicos frente a posibles demandas por no seguir el protocolo>>*. La contrapone a la práctica basada-en-las-relaciones, basada en la práctica y la prudencia.

Aun reconociendo que es más amplia que el método RCT (*Randomized Controlled Trial*), la asocia por todo el texto con éste. La eficacia que muestra este método se refiere al paciente “promedio aleatorizado”, que en realidad no existe.

- El disease mongering

Se han inventado y promovido diagnósticos como estrategia para vender fármacos y en particular psicofármacos. Algunos de los que cita son los siguientes: TDAH, trastorno bipolar, ansiedad social, el TEPT, el trastorno de pánico o la ansiedad social.

- Prácticas psiquiátricas (diagnóstico psiquiátrico, prácticas institucionales, medicación)

Los psicofármacos no atacan mecanismos específicos de los diferentes diagnósticos psiquiátricos, sino creando estados anormales que causan el alivio de los síntomas. El triunfo de la medicación, con la connivencia de la empresa farmacéutica y el Estado (vía financiación pública) ha originado, o acrecentado, una crisis intelectual en la Psiquiatría.

Los diagnósticos psiquiátricos, lejos de capturar entidades naturales, lo que hacen es cristalizar lo que describen. Todas estas prácticas están apuntaladas por razones de prestigio y económicas.

- Abusos de la investigación

Algunos de los elementos atribuidos a la pseudociencia lo son también a la supuesta ciencia, inmersa en una cultura donde se da una intensa presión por publicar. En diversos capítulos expone algunas de las prácticas: cinturones de seguridad, p-hacking, HARKing, integracionismo, fraudes flagrantes, hipótesis ad-hoc, descarte de observaciones que van contra las hipótesis, etc.

Reconoce que las *ciencias humanas* no se libran de estas prácticas, donde puede incluso acentuarse. No desarrolla este punto.

- Ciertos valores culturales de la edad moderna (occidental)

Toda institución, valor cultural o enfoque terapéutico que promocióne o incentive la individuación y naturalización de los problemas puede alimentar al mismo tiempo un ensimismamiento patológico. Sumado a todo lo listado en este epígrafe, que también contribuyen, se señalan fenómenos como el mindfulness, la psicología positiva, el neoliberalismo, la autoayuda (toda aquella que se separe de contenido filosófico/existencial), la neuropalabrería y el individualismo occidental.

PARTE 3 - CRÍTICA

Para el lector informado, la mera exposición de las ideas del profesor ya será por sí mismo esclarecedora, y no tendrá que seguir leyendo esta parte donde expondré mi crítica.

Consecuencias prácticas inmediatas

Mientras leía el libro pensé que el profesor Marino había errado con el título del ensayo, pues no se refería a la "Psiquiatría y Psicología", confundiendo disciplina tecnológica con ciencia básica, y que en realidad se refería a "Psiquiatría y Psicología Clínica". No obstante, tiene que quedar claro que todas las ideas desarrolladas se aplican por entero a la Psicología. He aquí la primera sorpresa. Esperaba encontrar desarrollos argumentales para analizar la cuestión

de las pseudoterapias y me topé con una reformulación entera de la disciplina. Estas serían las consecuencias que derivarían de asumir tales ideas en Psicología:

- Como el estudio de los fenómenos humanos es cosa de la *ciencia humana* se prescindiría del estudio de todas las materias que utilizaran el método científico y aludieran a variables internas del organismo (“*subpersonales*”; ¿cómo no pensar en el mundo sublunar aristotélico?): todas las materias de Psicología Básica (exceptuando aquellas con una ontología similar -creo que sólo se salvaría Gibson y la parte filosófica de Skinner-), Psicología Fisiológica / Psicobiología, Fundamentos de Investigación / Estadística / Psicometría y toda aquella Psicopatología y Modelos de tratamiento que se alejen de la ciencia humana (filosofía existencial, fenomenología, modelos contextuales, etc.). Estas áreas de conocimiento serían necesariamente irrelevantes o dañinas, interfiriendo con la filosofía de base de esa *ciencia humana*.
- La separación de entidades naturales e interactivas releva a la neuropsicología y la neurociencia, junto a las citadas áreas, al estudio de fenómenos que en sí no son psicológicos.
- La tensión ciencia básica – ciencia aplicada queda subsumida a esta última, siendo la Psicoterapia *donde confluyen tanto la Psiquiatría como la Psicología*.
- La vinculación de estas disciplinas a un entorno médico es prescindible, incluso indeseable, pero como veremos más tarde, se mantiene por una cuestión formal, acreditativa.

Sin duda, y conociendo la sensibilidad general entre el estudiantado y por parte de ciertos enfoques psicoterapéuticos, estas ideas, lejos de ser erróneas o peligrosas, son atractivas. Me he encontrado no pocas veces con opiniones sobre lo innecesario que es estudiar todas esas áreas para la labor terapéutica, por lo que estas consideraciones casarían perfectamente con ese sentir. Haciendo una cierta caricatura de la cuestión, el estudiante de Psicología y Psiquiatría (desde esta visión están prácticamente indiferenciados) requeriría principalmente el estudio de Gustavo Bueno, Aristóteles, Jaspers y Skinner, amén de sus conocimientos intuitivos y prácticos.

Analizando la ontología tripartita

No obstante, la radicalidad de la propuesta no implica que sea errónea. Empecemos por analizar las problemáticas de su ontología. El núcleo de su propuesta se basa en una ontología que hace innecesarias las tensiones que típicamente se abarcan en el estudio del comportamiento humano, a saber: innatismo-empirismo, ciencia social – ciencia natural,

monismo – dualismo, nature – nurture, estudios cuantitativos – estudios cualitativos, explicación – comprensión, objeto – sujeto, etc. Asimismo, de esa ontología se desprende también toda crítica a las nociones que yerran por partir de principios equivocados (justamente, desde ontologías alternativas). Por lo tanto, si se pudiera probar que esa ontología de partida es inadecuada se produciría un retorno al punto de partida, esto es, a la necesidad (y conveniencia) de tener en cuenta esas tensiones perennes y asumir una ontología alternativa. Al postular una epistemología plural (negando el método científico como tal) este ejercicio puede resultar fútil; ¿cómo *demonstrar* algo para quien no cree en tal cosa como un método racional donde contrastar ideas y hechos?

¿Cuáles son los pilares fundamentales en los que se sostiene toda su construcción argumental? Básicamente en que se da una clara distinción entre materialidades físicas (entidades naturales) y materialidades psicológicas (entidades interactivas) y, por tanto, lo que sirve para estudiar unas es inadecuado para las otras. ¿Cuál es el criterio de demarcación entre unas y otras? En este punto el profesor se apoya principalmente en el contextualismo de Skinner, en la teoría de la percepción directa de Gibson y la distinción de entidades naturales e interactivas de Hacking. Se analizarán estas dos últimas de forma somera; el conductismo radical no comparte enteramente la ontología del profesor (desde luego tampoco la epistemología) y no es relevante para el análisis crítico de su postura. Sospecho que los *skinnerianos* se habrán visto reconocido parcialmente en algunas de las ideas (aversión por las *neuro*-disciplinas) pero decididamente no en otras (adualismo, demarcación entre ciencia y pseudociencia, legitimidad de las disciplinas y primacía de la Psicoterapia).

Ecologismo de Gibson

El ecologismo de Gibson postula que toda la información necesaria para determinar la percepción se encuentra en el medio ambiente y que no necesitamos recurrir a procesos del organismo para su explicación. Casa perfectamente con la actitud frente a las teorías del procesamiento de la información y la investigación neurofisiológica de la conducta, de ahí su pertinencia. ¿Cómo de acertada es esta visión? La respuesta se ofrece en cualquier manual académico de percepción (Sensación y Percepción de Goldstein; Percepción visual de Dolores Luna y Pío Tudela). La percepción directa es parcialmente correcta y, por lo tanto, incompleta.

De forma muy resumida podemos decir que Gibson acierta, y tiene su correspondencia con el procesamiento *bottom-up*, donde se capturan las características físicas de los estímulos y las utiliza como guía para la construcción de perceptos. Pero percibir también requiere de ideas

(expectativas o pensamientos) y experiencia previa, determinando y alterando el producto del proceso -procesamiento *top-down*-. La justificación racional de esta conclusión se da, debe darse, en el contexto del método científico, junto con conocimientos sobre física (naturaleza de la luz), fisiología del ojo, entramado de conexiones fisiológicas (vías, tractos y núcleos intermedios), tratamiento de la información a nivel cortical (vías dorsal -dirección y movimiento- y ventral -textura, color y forma-; relaciones complejas entre las distintas áreas de la corteza visual) y métodos experimentales específicos de la neurociencia (estudios de registro de neurona única, estudio de lesiones selectivas, disociación simple y doble, estudios de neuroimagen). En dicha justificación la aportación de la fenomenología y el existencialismo es cuanto menos anecdótica, banal.

Invalida pues la aseveración de Gibson, asumida por el profesor, donde <<percibir una *affordance* no es un proceso de percibir un objeto físico libre-de-valor al que se añade significado no se sabe cómo: es un proceso de percibir un objeto ecológico rico-de-valor>>. Por lo tanto, se hace inevitable el uso de primitivos para describir procesos orgánicos (por ejemplo “procesamiento” o “información”), por más que resulte risible o intolerable para algunos. Sólo para conocer la manera en la que percibimos ya no es necesario una amalgama de conocimientos de un sinfín de áreas (científicas); la postura del profesor (a Gibson ya se le lleva respondiendo hace décadas) no hace más que negar la evidencia.

Entidades naturales y entidades interactivas

La distinción entre **entidad natural** (ahí-dada, fija) y **entidad interactiva** se basa en que en estas últimas son susceptibles de modificarse por una categorización, propia o ajena (ya sea un prejuicio, un estereotipo o un diagnóstico psiquiátrico). Un ejemplo de entidad natural sería la *diabetes*, que sería indiferente a cómo la conceptualicemos, a diferencia de la *tristeza*, que se vería modificada por las connotaciones que posee en cada época y lugar. Este sería el punto clave para distinguir entre enfermedades médicas y trastornos psicológicos/psiquiátricos y la puerta de entrada al constructivismo social de las enfermedades mentales.

De nuevo aquí no es necesario invocar las bondades de ontologías alternativas para señalar los problemas de los que adolece tal distinción:

- Las interacciones entre estas dos entidades no se especifican lo suficiente (la Psicósomática y la Psicología de la Salud tratan justamente cómo enfermedades médicas están moduladas por aspectos comportamentales; las técnicas que permiten

controlar procesos del Sistema Nervioso Autónomo son otro ejemplo de interacción entre esas dos -supuestas- entidades). Atendiendo al modelo psicopatológico que expone don Marino se entiende que serían los “procesos atencionales”, sin mayor definición, los que median entre lo psicológico y lo físico; una especie de moderna glándula pineal.

El adualismo de su ontología se refiere a la naturaleza de la mente (versus el dualismo psiconeural), pero es estrictamente dualista en lo que se refiere a la interacción cuerpo-mente. Sería interesante saber en qué punto exacto del tallo cerebral marca la distinción entre una ontología natural y una interactiva.

- El constructivismo social vendría dado por esta capacidad de la categorización de modelar la naturaleza física, convirtiendo en *real* lo que en un inicio era únicamente concepto. Una vez convertido en *real* (pongamos por ejemplo que tiene forma de un Trastorno Bipolar) no queda claro cómo se traduce eso en lo físico, y si lo hace no parece haber camino de retorno a lo psicológico; es una interacción en un único sentido. Por definición, siempre considerándolo desde su óptica, todo componente *subpersonal*, físico, que revierta en conducta, es automáticamente una enfermedad médica y no un fenómeno psicológico. La paradoja es que el constructivismo social estaría pudiendo generar enfermedades mentales *reales*, momento a partir del cual no serían *psicológicas*.
- Como es de suponer que su ontología es atemporal, podría darse una equivocación en tildar de entidad interactiva algo que es en realidad natural (la epilepsia *interaccionaba* con castigos de los Dioses). Esto se ha dado en el pasado, y no queda claro por qué no puede darse en el futuro. Como desde otras ontologías esta distinción no es válida, este problema se le computaría exclusivamente a su ontología tripartita.
- Debido posiblemente a una trampa lingüística se describe a la *diabetes* como una entidad fija, ahí-dada. No obstante, **cualquier enfermedad se refiere a un proceso**. El hecho de que la tristeza (un proceso cerebral) sea susceptible a ciertas drogas, palabras (categorización o terapia) o gestos, no la convierte en no natural. Lo que es ente concreto es el diabético, el concepto “diabetes” hace referencia a una enfermedad, que es una clase natural. Que nos cueste más definir los procesos cerebrales no les otorga una naturaleza diferente a la de los procesos involucrados en la metabolización de la glucosa; ambos son procesos naturales e interactivos al mismo tiempo.
 - o Esta diferencia es crucial para entender lo siguiente. Cuando se niega la existencia de una patología (TDAH) puede hacerse en estos dos sentidos: i) La categoría natural "TDAH" no describe y/o explica de forma adecuada el fenómeno al que alude; o ii) Al referirse a una entidad no natural es inadecuado siquiera clasificarla como tal. El profesor aboga por la segunda (por eso ve como

invención todo intento de capturar los fenómenos con categorías médicas); la primera sigue siendo compatible con una visión natural de lo psicológico.

- Bajo esta distinción tampoco queda claro a quién le corresponde tratar e investigar las *alteraciones conductuales* que son propias de las enfermedades médicas. Usando su propio ejemplo, una depresión producida por alteraciones metabólicas (hipotiroidismo) es por definición una conducta biológica, no psicológica (controlada por estímulos condicionales). El autismo (ahora TEA), a expensas de concebirlo como algo exclusivamente contextual (una aberración al nivel de las *madres nevera*), pasaría a ser cosa de neurólogos. La biología sólo actuaría cuando se expresara de forma *alterada* (en forma de enfermedad); sólo somos biología cuando esta falla.

Nótese, tal y como se ha expuesto en la segunda parte, que esta distinción entre entidades es la que permite contraponer el modelo médico (suponer una condición interna disfuncional) al modelo no-médico (enfoque holista, contextual y centrado en la persona). En esta dicotomía a uno más le vale caer en el lado *bueno*, pues al modelo médico se le han imputado una serie de acusaciones, siempre por asociación, que habría que aclarar.

Cabe apuntar en primer lugar que el modelo médico, no sólo atiende *entidades naturales*, sino que atiende personas. Veo problemático asumir que, en ese polo, de forma necesaria, no se comprenda al ser humano en su totalidad, de forma *organísmica*, no orgánica, atendiendo a lo *biológico* y no a lo biográfico. Si se hace la vinculación directa no queda más remedio que censurar a toda la Medicina, pues pocos estarían de acuerdo con que un proceso oncológico es menos *humano* que una *tristeza patológica* puramente psicológica (vaya usted a saber qué es eso). No puede aceptarse que un método sea perverso aplicado a una cuestión y no a otra. Por lo tanto, cabría asumir una crítica a la totalidad, es decir, al entorno médico en su conjunto. La cuestión es que el mismo profesor cierra el círculo, después de ponerlo todo patas arriba, aceptando que todas estas prácticas se den en ese entorno por motivos formales, acreditativos. Si el enfoque biomédico es el diablo, propóngase un modelo organizacional donde no hiciera falta contacto alguno con este. Como las acreditaciones se asientan en cuestiones políticas, habría que exponer claramente qué pensamos sobre el Estado del Bienestar, sobre la organización médica y sus principios, etc.

En el lado del *enfoque médico* quedan situadas nociones o disciplinas como la neurociencia, la neuropsicología, valores culturales como el individualismo y el neoliberalismo, el enfoque basado-en-la-evidencia (especialmente la RCT), el reduccionismo, el monismo y la ciencia positivista mecanicista. Todos estos elementos tendrían en común que interfieren, o se oponen directamente, con el otro polo de la dicotomía, que permite atender de manera

adecuada los fenómenos humanos. La cuestión aquí, y posiblemente otro de los aspectos más débiles del ensayo del profesor, es que se caricaturizan todas estas posturas sin desarrollarlas en lo más mínimo. Podría decirse que se produce una victoria por incomparecencia del rival.

Además de atacar a *hombres de paja*, el texto contiene una ilusión nada desdeñable, por la cual se desarrollan críticas a otros tantos fenómenos que no se desligan de aquellas nociones/disciplinas englobadas en ese *enfoque médico*. Estas no se verán interpeladas cuando se critican el diagnóstico psiquiátrico, los abusos de la investigación, algunas de las prácticas psiquiátricas, la neuropalabrería, la auto-ayuda que mal divulga conceptos biológicos o neurocientíficos y el *disease mongering* (al menos parcialmente). En mi opinión habría sido necesario utilizar algunos capítulos para abordar de forma más sosegada esas posturas y no para desarrollar cuestiones que ni apoyan su postura ontológica/epistemológica ni refutan la del adversario intelectual. El tema precisa de fundamentación argumental rigurosa, no de asociación por salpicadura a elementos con los que nadie puede estar en desacuerdo (“centrado en la persona”, “comprensión biográfica”, “comprensión empática”).

Carl Rogers rompiendo dicotomías

Rogers es conocido por su modelo Centrado en la Persona y por sus postulados sobre las condiciones facilitadoras del cambio terapéutico (aceptación incondicional, autenticidad y empatía). No obstante, un estudio detenido de su obra nos muestra además un hombre atribulado por la incomprensión de su época, dividido entre dos mundos, en el que no faltarían acusaciones de “ejercer la medicina sin autorización”. Es especialmente recomendable la lectura del primer capítulo en “El proceso de convertirse en persona” para hacerse una idea del ambiente en el que se desarrollaron sus planteamientos.

<<Por primera vez comprendí el hecho de que una idea mía, que quizá me parezca brillante y plena de potencialidades, puede representar una seria amenaza para otras personas.>>

<<Durante este período comencé a pensar que, en realidad, yo no era un psicólogo.>>

<<En aquel momento sentía que me hallaba situado en dos mundos completamente distintos, y que ambos jamás se encontrarían.>>

¿Cuáles eran esos dos mundos? A continuación, expondré algunos elementos que se encuentran en Rogers con el único objetivo de ilustrar desarrollos intermedios entre algunas dicotomías que el profesor Marino ha descrito en su ensayo:

- a) Contra las dicotomías fenomenología – positivismo / primera persona – tercera persona / subjetivismo - objetivismo

A pesar de sus influencias claras del existencialismo y la fenomenología (principalmente Martin Buber y Soren Kierkegaard) Rogers nunca abandonó su cientificismo, y lo hizo por una férrea convicción de que <<la ciencia es, hasta ahora, el mejor instrumento que hayamos podido crear para verificar nuestra captación orgánica del universo>>. Abrazaba el método científico, asociado al operacionalismo (hipótesis verificables mediante pruebas) y el positivismo lógico, como modos de evitar el autoengaño e incentivar la experimentación controlada. No sólo admitía la posibilidad de predecir, explicar y controlar en el ámbito de las ciencias sociales, sino que anhelaba leyes generales de la conducta.

<<Tengo la convicción cada vez más firme de que, en el futuro, descubriremos leyes de la personalidad y de la conducta que llegarán a ser tan significativas para el progreso o la comprensión del ser humano como lo son hoy las leyes de la gravedad o de la termodinámica.>>

Si en las primeras fases de sus investigaciones abogaba por un enfoque naturalista (observación y descripción), en las subsiguientes era decididamente racioempírico, utilizando herramientas metodológicas como la psicometría (creando escalas), la estadística (para analizar resultados y procesos terapéuticos), diseños de investigación con grupos control, análisis hermenéutico de sesiones grabadas y estudios cualitativos (técnicas narrativas).

Si asumir este enfoque científico en cualquier ámbito es lo *natural*, hacerlo desde su sensibilidad subjetivista y fenomenológica, y en los campos del *desarrollo personal* y la *psicoterapia*, fue y sigue siendo una revolución. A esto hay que sumarle que hizo compatible el cientificismo con rechazar en un contexto terapéutico el diagnóstico, la evaluación moral, la historia clínica y las nociones de éxito/fracaso en terapia. Como terapeuta aborrecía tratar a la persona como objeto, como científico no veía incompatible el objetivismo (enfoque en tercera persona). Baste la siguiente cita para resumir lo hasta aquí dicho, guiño a la *consiliencia* incluido:

<<Pienso que las relaciones humanas son valiosas y gratificantes; por eso entablo un tipo de relación que se conoce como relación terapéutica. En ella los sentimientos y el conocimiento se funden en una experiencia unitaria que se vive -no se estudia-, la conciencia no es reflexiva y yo soy un participante -no un observador-. Puesto que la armonía exquisita que parece existir en el universo y en esta relación despierta mi curiosidad, puedo abstraerme de la experiencia y verla desde afuera, convirtiendo a los demás y a mí mismo en objetos de esa observación. Como observador empleo todos los elementos que surgen de la experiencia viviente; para evitar engañarme y lograr una idea más adecuada del orden existente uso todos los cánones de la ciencia.>>

b) Ejemplo paradigmático de tratamiento holístico

Tratar de forma *holística* a una persona es más difícil de lo que pudiera parecer. ¿Cómo atender a *todo*? ¿Qué preguntar? ¿Cuáles son las variables determinantes? ¿Atendemos la demanda explícita o reorientamos a otros factores? Algunos de los enfoques actuales resuelven esta problemática consensuando los objetivos con el cliente (usando la terminología de Rogers), pero se asume que el terapeuta no es neutral. Aun cuando se dice que la relación es el instrumento principal no puede obviarse que entran en juego contenidos concretos, además de formales, que condicionan una dirección y no otra (preguntas, sugerencias, interpretaciones, gestos, técnicas, etc.). Esto vale también para lo que el profesor llama modelos contextuales, que pueden no ver mecanismos disfuncionales *dentro* del organismo, pero lo ven fuera (ya sea en forma de interacción cliente-ambiente), y que en un momento u otro dirigen el proceso terapéutico.

En cambio, en el enfoque de Rogers puede verse como la aproximación al *holismo* más destacada entre las terapias psicológicas. Él mismo reconocía que podría inconscientemente guiar el proceso terapéutico, pero su principio guía sigue siendo paradigma de neutralidad: capturar la experiencia tal y como la siente el cliente en ese mismo instante, utilizando para ello técnicas que ahora llamamos no-directivas (resumen, paráfrasis, clarificación, etc.).

En la dicotomía propuesta por Marino esta actitud sería incompatible con asumir al mismo tiempo un cientificismo.

c) Contra el individualismo – colectivismo y el “mejorar mirar fuera que dentro”

Como hemos visto en la parte del análisis al individualismo se le asocia repetidamente con ensimismamiento patológico, narcisismo, neoliberalismo y es el elemento principal de su modelo psicopatológico (hiperreflexividad). Rogers de nuevo puede ejemplificar una visión más completa (y compleja).

Una de sus observaciones más significativas y pasada por alto, dicho sea de paso, consiste en que en una relación terapéutica (establecida en sus términos) se da un movimiento predecible en varios continuos:

- Aumenta la conciencia de sus sentimientos y significados personales
- Aumenta la conexión con la vivencia personal
- Se da una mayor probabilidad de establecer relaciones auténticas y estrechas

- Mayor flexibilidad (capacidad de enriquecer y cambiar sus constructos personales, tomando el concepto de Kelly)
- De un individuo inaceptable, indigno de respeto a considerarse a sí mismo como persona valiosa, de dirección interna, capaz de crear sus normas y valores sobre la base de su propia experiencia
- Disminuye la discrepancia inicial entre el sí mismo que es y el que desea ser

<<Aumenta la aceptación de la propia responsabilidad en los problemas que se encaran, y aumenta también la preocupación acerca de en qué medida el cliente ha contribuido a ellos. Los diálogos que se sostienen en el interior del sí mismo se van liberando, la comunicación interna mejora y su bloqueo se reduce.>>

<<No será siempre convencional ni conformista; estará individualizada, pero también socializada.>>

En resumen, se produce un doble movimiento simultáneo hacia *dentro* (mayor conciencia de sí mismo) y hacia *fuera* (mayor preocupación por el grupo). La potencia de esta idea no puede pasar desapercibida. Estos movimientos se analizaron *a posteriori*, no se planificaron, y surgieron en numerosos clientes como de forma autónoma (de ahí sus nociones de *tendencia autorrealizadora* y su archiconocida metáfora biológica del tulipán). En su descripción de lo que observaba en sesión detectaba toda una serie de fenómenos que son objetivos centrales en otras escuelas de Psicoterapia y que en su proceso relacional se resolvían sin técnicas específicas (superación de los *deberías* de Ellis, mecanismos de defensa debilitados, constructos personales flexibilizados de Kelly, aceptación de las terapias de tercera generación, etc.).

Volver a Rogers periódicamente puede ser un bálsamo para el *alma* en una época en la que el individualismo político equivale a egoísmo, y las orientaciones *hacia dentro* parecen poco menos que una herejía. Pensar en procesos, en categorías ricas y complejas y utilizar conceptos bien definidos no está de moda.

d) Contra el control; distinción entre ciencia y ética

Hasta ahora se ha utilizado a Rogers para aunar los dos polos de la dicotomía, pero también procede hacer lo propio para introducir discrepancias en uno de ellos, el *modelo contextual* (centrado en la persona, holista, etc.). A lo largo de sus trayectorias profesionales Skinner y Rogers tuvieron varios encuentros, algunos son accesibles hoy en día en forma escrita ([artículo](#) en *Science* de 1956) o audiovisual ([debate](#) producido en 1976). Veamos como Skinner y Rogers no pueden compartir categoría.

Rogers, que intentaba aplicar su filosofía a todas las relaciones humanas (incluido el ámbito académico y las relaciones internacionales), no pudo más que reaccionar de forma visceral ante la visión de su coetáneo. Skinner consideraba una ilusión con utilidad histórica pero falaz el tratar al ser humano como un individuo merecedor de derechos y con capacidad de gobernarse a sí mismo. Asimismo, abogaba por utilizar sin complejos la ciencia del comportamiento para hacer del hombre un ser más productivo, feliz y exitoso.

Rogers en cambio consideraba que por más benévolos que pudieran parecer las metas propuestas no dejaban de ser un sacrilegio por varios motivos: i) considerar que él, como “planificador”, sí era libre de decidir esos valores y no otros, dejando al resto de personas meras determinaciones; ii) tener la convicción, derivada de su experiencia como terapeuta, que los resultados en el desarrollo personal no pueden ser impuestas ni juzgadas por un tercero. Abogaba en definitiva por el respeto a la diversidad y las voluntades individuales, con una visión bastante equilibrada, no naíf, entre la potencia destructiva y creativa del ser humano.

<<Pienso que, en la medida de mis posibilidades, he desempeñado un papel en el progreso de las ciencias de la conducta, pero si el resultado de mis esfuerzos y los de otros estudiosos es la transformación del hombre en un robot creado y controlado por una ciencia que él mismo fundó, entonces lamento haber contribuido a su desarrollo. Si la vida plena del futuro consiste en condicionar a los individuos mediante el control de su ambiente y de sus gratificaciones, de manera tal que resulten inexorablemente productivos, juiciosos, felices, o lo que sea, nada de esta vida plena me interesa ya. Pienso que ésa es una falsificación de la vida plena, que incluye todo, excepto aquello que la hace plena.>>

El salto abrupto de Skinner entre ciencia y filosofía política aterró a Rogers, y este último insistió en que debía de separarse el conocimiento científico de su dimensión ética. No se refería a que la ética no fuera susceptible de estudio científico, sino que la aplicación de ese conocimiento debía valorarse de forma independiente. Al margen de tomar partido por alguno de los dos en este problema del libre albedrío y el uso de la ciencia en cuestiones políticas sí es interesante en cuanto se discute sobre pseudociencia: una práctica puede estar cimentada en lo científico, pero ser éticamente despreciable. Los hechos no son hostiles, pero las aplicaciones pueden serlo.

e) Teoría encarnada

Por último, Carl Rogers también representa una postura que sí admite variables orgánicas:

<<Tal vez hallemos una analogía útil si comparamos a esta persona con una computadora electrónica gigantesca. Puesto que el individuo está abierto a su experiencia, ingresa en la máquina todos los datos

provenientes de las impresiones sensoriales, de su memoria, de los aprendizajes anteriores y de sus estados viscerales e internos.>>

Podría darse la situación, algo irónica, en la cual, para aquellos que no son capaces de imaginar nuevas categorías que aúnan propiedades de uno y otro polo, clasificarían a Rogers dentro del modelo médico, y no en el contextual. También resulta curioso, por no decir bochornoso, ver cómo *integramos* técnicas de entrevista de Rogers desgajadas de su filosofía de base, especialmente por aquellos que critican la *integración salvaje e incoherente*.

<<Si en una relación sólo veo una oportunidad de reforzar ciertos tipos de palabras y opiniones del otro, tiendo a confirmarlo como objeto: un objeto básicamente mecánico y manipulable. Si esto constituye para mí su potencialidad, el otro tenderá a actuar de maneras que corroboren esa hipótesis. Si, por el contrario, veo en la relación una oportunidad de "reforzar" todo lo que la otra persona es, con todas sus potencialidades existentes, ella tenderá a actuar de maneras que confirmen esta hipótesis. Entonces, según el término empleado por Buber, lo habrá confirmado como persona viviente, capaz de un desarrollo creativo inmanente. Personalmente prefiero este último tipo de hipótesis.>>

Mentalización del médico psiquiatra

El contacto del psicólogo clínico con la medicina viene de la mano de la disciplina médica más retrasada, la Psiquiatría. Este retraso se debe a la complejidad de su área (en la que pueden darse visiones erróneas que impiden justamente su progreso, como la que se está analizando en este texto), no de su incompetencia relativa con sus compañeros médicos. Sumado a esto, algunas de sus prácticas psiquiátricas (internamiento involuntario, sobremedicación, trato deshumanizado) hacen que nuestra visión del enfoque *biomédico* sea parcial, sesgada y le atribuyamos todas nuestras penas.

Esta demonización de la Psiquiatría (si acaso merecida) lleva aparejada cierta idealización de la medicina, que quisiera en estos momentos matizar.

- La Psiquiatría no es la única especialidad médica que diagnostica a tientas, a través de listado de síntomas o signos.
- La Medicina también utiliza fármacos inespecíficos que causan daños en órganos y tejido distales (la aspirina se utilizó durante 7 décadas antes de conocer su mecanismo de actuación concreto).
- La Medicina también lleva a cabo terapias superficiales (tratan síntomas, no mecanismos).

- Si bien el Efecto Placebo es amiga de la terapéutica, es enemiga en lo tocante a hallar los mecanismos específicos (de ahí su voluntad en controlarla). La relación que señala el profesor entre la visión del placebo como contexto sanador y como elemento a controlar es de complementariedad, no de exclusividad.
- La Medicina también tiene problemas a la hora de definir qué es una enfermedad. La categorización de procesos patológicos también es problemática. Esta dificultad se da precisamente por su naturaleza procesual, interactiva (con otros sistemas corporales y con el ambiente), no fija, ahí-dada.
- La Medicina también *inventa* enfermedades nuevas (ELA en 1869, Síndrome de Rett en 1966, VIH en 1983).
- El avance de la medicina depende también de progresos en ciencias básicas (genética, biología molecular, endocrinología, etc.), tecnológicas (procedimientos quirúrgicos, bioingeniería, epidemiología normativa, etc.) y de metodología científica.

Estas dificultades, análogas a las nuestras, no provoca la denigración del enfoque biomédico aplicado al cuerpo (siendo este también *muy humano*). Tampoco insta al médico a abandonar su ontología básica ni su epistemología, y gracias a eso la Medicina ha prescindido de tratamientos espiritualistas, de la superstición, de la explicación mitológica y se ha beneficiado de los avances en decenas de ciencias básicas relacionadas. Así se inicia la *mentalización* del enfoque biomédico, conociéndolo por entero, sin caricaturizar. Cualquier crítica al enfoque biomédico que no parta de un análisis informado y complejo será espurio, infantil. Y asociado a este enfoque, la buena crítica (incisiva) al diagnóstico psiquiátrico depende de asimilar con honestidad este y otros niveles de análisis.

La connotación de *enfermedad mental* como algo negativo se da por diversas circunstancias. La primera es una asociación histórica y presente con ciertas prácticas psiquiátricas, con cómo se ha entendido la *locura* en el pasado y cómo se la ha tratado. Ser diagnosticado de una enfermedad mental lleva aparejado una serie de circunstancias que ya no son exclusivamente clínicas; es un acto político y ético. Cualquiera que quiera abordar el diagnóstico psiquiátrico debería atacar el conjunto por completo, con toda su complejidad, y aludiendo a elementos palpables y medibles en nuestro territorio (contexto formativo, planes estratégicos de Salud Mental, convivencia con los circuitos sociales -discapacidad, ayudas- y educativos -adaptaciones curriculares, becas- y judicial, organización sanitaria, epidemiología estatal, etc.). La crítica a las empresas farmacéuticas y el rechazo de plano a las clasificaciones diagnósticas es cuanto menos, superficial, y es síntoma de la no comprensión de las diversas funciones que tiene actualmente el diagnóstico.

Para muestra, un botón. El mismo profesor Marino es ejemplo de la inoperancia de esa visión simplista de la cuestión. En un [debate](#) a 5 sobre el TDAH donde él representaba a la Psicología (¿clínica?) no pudo, o no supo, contestar a preguntas precisas y concretas que le formuló el presidente de la FEAADAH, Fulgencio Madrid, sobre los siguientes asuntos:

- ¿Por qué hay que intervenir en chicos/as que son *normales*? ¿Por qué se la aplica un programa conductual a una persona que tiene un temperamento y una forma de ser diversos? [Problemas del criterio de normalidad y estigmatización] [[minuto 27:03](#) y [minuto 4:30](#)]
 - o La respuesta del profesor demuestra no saber el proceso diagnóstico en Psiquiatría y Psicología Clínica. Atendiendo exclusivamente a manuales diagnósticos como el DSM no es cierto que el etiquetado esté asociado con causa biológica alguna. Esto lo conoce, o debería conocer, cualquier facultativo de a pie. Justamente existen consensos alrededor del TDAH que abogan por causas contextuales, sin rebatir la categoría.
 - o Cree que la estigmatización se asocia exclusivamente al “síntoma” y al “diagnóstico”, y no a “conductas problemas”, “estilos de personalidad” o “factores familiares”, y olvida que se puede *psiquiatrizar*, pero también *psicologizar*.
- ¿Cuál es el criterio que ustedes tienen para determinar cuándo comienza a ser un *trastorno*? [Criterio de normalidad y Función de Salud Pública: planificación estatal, criterio para determinar grados de discapacidad] [[minuto 29:49](#) y [minuto 00:32](#)]
 - o Eludiendo la pregunta, Marino apunta a un criterio basado en “valores”, denunciando que es el facultativo, guiado o determinado por intereses ajenos a la salud del niño/a, el que determina qué es o no es un trastorno.

No deja de ser sintomático que sea el propio Fulgencio Madrid (abogado de profesión) el participante con las intervenciones más sosegadas y las preguntas más incisivas y ajustadas a la realidad de todo el debate, donde participan un jefe de servicio y el coordinador científico de la Estrategia de Salud Mental del SNS.

La segunda circunstancia negativa asociada a la *enfermedad mental* es una caracterización errónea, de la que participa activamente el profesor. La *enfermedad mental* vendría a ser como algo fijo, autónomo, ajeno a uno mismo y con una naturaleza propia. De aquí surge la sempiterna cuestión de la responsabilidad y su contraparte, la culpa. La *locura de doble forma* que nace de ese error tiene la siguiente expresión: diagnosticar a alguien de depresión clínica es *desresponsabilizarla*; no diagnosticarla es, además de una negligencia, un acto indirecto de culpabilización. Como ya se ha comentado antes, es equívoco caracterizar cualquier tipo de enfermedad médica en esos términos, y no invita al optimismo que a los propios expertos nos sea difícil pensar en términos procesuales.

No es difícil observar que la postura contextual del profesor no es más que una reacción visceral ante todas estas asociaciones alrededor de la *enfermedad mental*, y con ello se lleva por delante cualquier noción que tenga cualquier atisbo de semejanza. Volviendo al debate como representación de la cuestión, tampoco ayuda, desde luego, que en la mesa no estén representados enfoques psicológicos más ricos y complejos que no se dejan llevar por esta reacción, con lo que unos y otros se asientan irremediabilmente en sus posturas de origen: estudios de neuroimagen que confirmen la entidad y la determinación de que hay que mirar exclusivamente en el ambiente.

La mayor complejidad de la *enfermedad cerebral* no le otorga una naturaleza diferente a la que tiene otro órgano. Las *enfermedades corporales* también interaccionan con el entorno, por lo que tampoco se salvan de incorporar en sus prácticas conocimientos de Psicología (ya sea de forma directa o indirecta -con un perfil auxiliar, como un psicólogo clínico-). Como esta interacción se acentúa exponencialmente en el caso del órgano del cerebro se requieren de mejoras metodológicas e intelectuales (como saber aunar varios niveles de análisis), pero no de un salto ontológico.

<<Porque ésta [la ciencia] necesita, de tiempo en tiempo, como orgánica regulación de su propio incremento, una labor de reconstitución, y, como he dicho, esto requiere de un esfuerzo de unificación, cada vez más difícil, que cada vez complica regiones más vastas del saber total. Newton pudo crear su sistema físico sin saber mucha filosofía, pero Einstein ha necesitado saturarse de Kant y de Mach para poder llegar a su aguda síntesis.>>

Ortega y Gasset, en La rebelión de las masas

El llamado enfoque biomédico podría verse revolucionado por los progresos metodológicos en el estudio y tratamiento de los trastornos psiquiátricos/psicológicos, pero no se dará tal revolución si no parte de aquél junto con otras disciplinas. De nuevo, subrayo el hecho de que puede asumirse parcialmente el enfoque biomédico al mismo tiempo que se critica con contundencia a la Psiquiatría, se tiene una concepción humanista de la relación terapéutica, se prescinde del diagnóstico (no en sus funciones de investigación y administrativa) y se matiza el dañino reduccionismo biologicista. Por más que sea dificultoso digerir de primeras, se puede admirar a Rogers, Bunge, Szasz, Berrios y Luria.

La Psicología Clínica podría estar, en una situación privilegiada para llevar a cabo este cambio, pero existen varios factores que no se lo ponen nada fácil: su pobre y sesgado conocimiento de la medicina (no psiquiátrica), su desconexión con la Psicología académica y

las Neurociencias, el *asimilamiento* involuntario de elementos psiquiátricos como propios y, especialmente, el pobre contexto en el que lleva a cabo su principal ocupación (presión asistencial, red asistencial con la que no resuena enteramente, acceso parcial a los pacientes más complejos, sin presencia en órganos de decisión administrativos, etc.).

Ciencia y Pseudociencia

Comentábamos al inicio que el “Ciencia y Pseudociencia en Psiquiatría y Psicología” se publicaba en un contexto donde la cuestión de las pseudoterapias es un tema candente y ciertamente polémico. Se esperaría de un profesor titular algunas ideas informadas, relevantes para la cuestión y que tuvieran una función auxiliar para el profesional, e incluso para el político. Pero, ¿qué entiende el profesor como pseudoterapia? Todo y nada. Su epistemología no encaja con lo que en general entendemos por una pseudoterapia. Su apuesta por un modelo u otro no se da con base en conclusiones científicas, por lo que no es una fuente para dilucidar la cuestión, al menos en estos términos. Para él la misma CBT sería pseudocientífica, por no conocer los mecanismos exactos que *acciona*. Por esa misma regla de tres, gran parte de la Medicina, como hemos visto más arriba, también sería pseudocientífica.

La confusión teórica no acaba aquí. Al recuperar al pájaro Dodó, ahora como representación de un ritual antropológico, se concluye que todos los enfoques son igualmente efectivos, incluidos todos aquellos denostados por él mismo que aluden a concepciones intrapsíquicas (psicodinámica, mental, cognitiva, procesamiento de información, neurocognitiva, traumática). El método científico no existe, pero sí vale para mostrar la efectividad similar entre enfoques. Los modelos médicos interfieren necesariamente en la comprensión y tratamiento de los problemas psicológicos, pero funcionan, aunque sea sin *pretenderlo* (los verdaderos mecanismos son los que él postula, y no es necesaria verificación alguna). El método RCT es deshumanizador -en realidad cualquier método que utilice la media aritmética-, pero sí lo utiliza para demostrar las bondades de la Terapia de Modificación de Conducta en el TDAH, una entidad que *no existe*. La Psiquiatría es el “lobo”, con intereses económicos y de prestigio, pero se acepta su legitimidad por una cuestión formal, acreditativa.

Carroll a su lado era un aficionado.

¿Psicología Científica?

En mi opinión, la conclusión más polémica del libro vendría a decir que no está clara la demarcación entre ciencia y pseudociencia, y que es incluso innecesaria, “arrogante”. La

legitimidad, esto es, la potestad para llevar investigaciones e intervenciones profesionales recaería en la acreditación estatal (según él psiquiatras, psicólogos clínicos y psicólogos sanitarios). Marino va un paso más allá del párrafo que el CGCOP propuso incluir en el Plan gubernamental y la queja airada de los más de 1600 profesionales se le aplica por entero (por más que se quieran hacer equilibrismos para seguir teniendo de tu lado a uno de los mayores defensores públicos del *contextualismo*).

Marino, así como el CGCOP, se desmarcan del propio código deontológico del Psicólogo y de políticas de Salud Pública que requieren de <<conocimientos científicos contrastados y contrastables>>. El rechazo visceral a toda concepción médica le impide contemplar, precisamente, la complejidad **contextual** del entramado Estatal que se propone velar por los intereses de los ciudadanos en multitud de áreas, incluida la sanitaria. Asimismo, su concepción del cientificismo le lleva a una posición delicada, el prácticamente abandonar la cientificidad de la Psicología. Casi nada.

La Psicología tiene varias fuentes de legitimización. La primera y fundamental es que es considerada una ciencia (llámese humana, social o natural), y típicamente se ha entendido que tiene principalmente dos ramas: una básica y una aplicada. La segunda fuente es una legitimización social, representada en ocasiones por la regulación estatal, pero no siempre se ha dado por esta vía. Es un error de partida imperdonable equiparar Psicología y Psiquiatría, y a su vez, subsumirlas a la Psicoterapia. Un error histórico (en su doble acepción) y organizacional.

La Psicología Clínica y la Psiquiatría, tal y como están diseñadas en la actualidad, no tienen como única función la terapéutica. Entre otras, tiene, o debería tener, un papel decisivo en las decisiones de Salud Públicas, <<donde a expensas del contribuyente fiscal, la voz de orden es la *vigilancia*, no la *tolerancia*>> (Bunge). Faltaría por saber si desde la *ciencia humana* se plantea alguna alternativa en este menester, donde son necesarios, entre otros, el arsenal estadístico de la epidemiología (donde se trata el “*paciente promedio aleatorizado*”, que no existe). Considero que si la postura del profesor se llevara a sus últimas consecuencias tendría que señalar la propia organización en la que nos formamos y atendemos como la principal interferencia para atender en los términos que él ha considerado y que, algunos monistas materialistas, también comparten. No cabe *validarla* por una *formalidad ontológica acreditativa*. Su crítica antipsiquiatría acaba siendo insustancial, como todas aquellas en las que se basan en atacar el enfoque biomédico, por lo que se olvida de analizar los elementos organizacionales en los que vive sumergido el facultativo de a pie y que interfieren con cualquier aproximación *centrada en la persona*.

Su política de validar toda práctica por la acreditación estatal y no por su calidad científica deja también dudas sobre: i) ¿puede llevarse a cabo una pseudoterapia por un psicólogo/psiquiatra?; ii) ¿no pueden ejercer la Psicoterapia otros perfiles? La segunda cuestión alude básicamente a Trabajo Social, Educación Social y Enfermería, figuras que ya en la actualidad realizan estas funciones en diversidad de niveles asistenciales, privados o públicos.

Si uno es realmente coherente con esa visión, el único lugar al que pertenece un psicólogo de ese modelo contextual es fuera del sistema. No tiene ningún sentido aceptar acreditación alguna, ni ningún elemento del sistema de formación y asistencial médico: el examen PIR/MIR, la residencia, los circuitos asistenciales, los criterios de inclusión/exclusión, los informes clínicos, los ingresos hospitalarios, el análisis de la demanda a nivel de Atención Primaria, etc. No hace falta señalar farmacéuticas e intereses ocultos para desmontar el *chiringuito*; está a la vista de cualquier profesional o usuario.

La figura del Psicólogo General Sanitario (PGS) esquivaría a priori todas estas vicisitudes que tiene el Psicólogo Clínico (PC), y sería la esperanza última para ese modelo contextual. De nuevo, las problemáticas en este punto, cruciales en *lo real*, son eludidas por el profesor:

- Si aceptamos que el Estado ha de <<garantizar que todas las actividades sanitarias se realizan por profesionales que dispongan de la titulación oficialmente reconocida>> habrá que delimitar qué actividades son propias del PGS y cuáles del PC. Como el modelo contextual asume abordar cualquier asunto psicológico (¡cualquiera!), es incompatible esta diferenciación entre especialidades. Si acepta el concepto *trastorno irremediamente* entra en la cuestión del diagnóstico, por más que quiera evitarlo.
 - o Desde esta óptica sería tan peligroso o inadecuado tratar *un TOC* o *un trastorno psicótico* por parte de un PGS como el naturista que trata un proceso oncológico (con independencia de la técnica o terapia que utilicen). Con los dos habría que tener la misma paciencia, y los dos deberían ser igualmente perseguidos, incluida la forma en la que se promocionan.
 - o Quiénes creen que estas dos figuras están delimitadas por el ámbito (privado o público) en el que trabajan están una encrucijada peligrosa, no aceptada en ninguna otra profesión. Como los problemas psicológicos no entienden de ámbitos, se estarían tratando de forma discriminatoria a unas personas (¿cómo se justificaría una formación diferenciada para tratar lo mismo? ¿cómo

abanderar una defensa de lo público desde una práctica exclusivamente privada?)

- Si no se acepta esa función estatal habrá que desistir entonces de denunciar intrusismo alguno (no vaya a ser que le toque a uno recibir la denuncia), o hacerlo desde organizaciones civiles. ¡Mucha suerte! O mejor todavía, podría uno expresar de forma clara y contundente la verdad: el que para algunos la Psicología Científica es una, y no caben enfoques alternativos (cuando uno empieza a abrir la mano a la CBT se da cuenta de que por esa puerta entran el resto de escuelas). Las estrategias políticas (ahora en el peor sentido del término) de unos y otros no permiten mostrar con *autenticidad rogeriana* lo que pensamos y sentimos realmente los unos de los otros.

Elementos necesarios para un análisis riguroso de las Pseudoterapias

Como hemos visto con el enfrentamiento entre Skinner y Rogers la distinción entre ciencia básica y ciencia aplicada sigue siendo conveniente. Si entendemos la Psicoterapia como tecnología, habría que empezar a tratarla como a cualquier otra. **Su aplicación puede ser inmoral aun estando bien asentada en conocimientos científicos.** La peculiaridad de nuestro campo, incluida la medicina, es que al desconocer en parte muchos de los mecanismos (causas) solemos discutir sobre la científicidad de una práctica, y no sobre su dimensión ética.

Entiéndase la siguiente analogía. El uso de las redes sociales tiene implicaciones éticas que pueden discutirse abiertamente, sin aludir a cómo funciona una red de telecomunicaciones o un transistor. Nuestra dificultad estriba en que discutimos la perversión de Facebook denunciándole por no saber cómo funciona un transistor. Sabemos que estamos accionando ciertos mecanismos, de lo contrario no habría que temer ninguna pseudoterapia, pero no sabemos cuáles son (todos dicen que sí, pero no; hay que buscar nombre de pájaro para este fenómeno). Como el paciente precisa de asistencia hoy, se precisa de una solución temporal a la espera de conocimientos más precisos. Opino que cualquier desarrollo serio de la cuestión debe apuntar a los siguientes niveles:

- Criterios claros desde un marco científico. Por más que sea difícil deben establecerse, y tener en cuenta que son provisionales. La no demarcación sí que peca de pereza intelectual.
- Distinguir entre ciencia básica, ciencia aplicada y tecnología. Psicología, Psicología Clínica, Psiquiatría y Psicoterapia son disciplinas solapadas pero diferentes.

- Incorporar al debate la dimensión ética, diferenciada de los elementos éticos asociados a las prácticas no contrastadas por el método científico.
- Explicitar los elementos ideológicos, políticos. No es posible un análisis riguroso de la cuestión sin dejar claro la organización política que uno cree compatible con los niveles de análisis anteriores.
- Conocimiento exhaustivo de la organización sanitaria de la que se parte.

Evidentemente esto no soluciona la cuestión, la sitúa en su justa complejidad, sin salvoconductos que, por sortear algunos problemas, bloquean el progreso de esas disciplinas.

Conclusiones y Cierre

He invertido 12000 palabras para señalar algunas insuficiencias del último libro de Marino, pero lo más probable es que sigan calando estas ideas entre centenares de estudiantes y profesionales. Se da el curioso retorno al punto de partida en el cual todo lo que he criticado durante años (contenido curricular del grado de Psicología y déficit estructural en la formación en Psicología Clínica y Psicoterapia) se hace imprescindible para rebatir todo ese discurso. Por más crudo que pueda parecer, su texto es para mí lo que para él es la neuropalabrería y los libros de autoayuda. Con la diferencia de que, *a priori*, se nos atribuye a los profesionales un punto de partida distintivo. De ahí que jamás dedique mi tiempo a criticar al curandero de turno, y sí al académico con presencia pública.

Supuse que me encontraría con un desarrollo riguroso de qué se supone como legítimo desde un punto de vista científico la práctica en Psiquiatría y Psicología. La sorpresa fue que me encontré con un pastiche algo confuso de teorías y referencias que aludían parcial, y equívocamente, la cuestión. Al ser temas profundísimos, con mil y una implicaciones, agradezco rigurosidad (en la definición de los términos, en los objetivos que se plantea el trabajo), orden claro de los temas, honestidad en la descripción de las diferentes visiones y, a poder ser, una mirada original. Por desgracia no puedo decir que sea el caso.

De la misma forma que creía conocer a Rogers hasta que lo leí, lo mismo me ocurrió con Marino Pérez.