II. CONCEPTOS Y CRITERIOS EN PSICOPATOLOGÍA

Luisa ingresó en el hospital con una parálisis parcial del lado izquierdo de su cuerpo. Dice que no tiene ninguna idea sobre cuál puede ser la causa. Su madre cree que puede tener alguna relación con el pánico que le produjo ver cómo su novio era atacado por un perro. Sin embargo, el síntoma se había presentado ya en otras ocasiones, antes de este suceso, de forma intermitente.

Manuel está terriblemente angustiado y sin atreverse a salir de casa porque últimamente tiene lo que él llama ataques, y que consisten en sensación de pánico, palpitaciones muy intensas, visión borrosa y como a través de un túnel, mareo, náuseas, y una especie de peso en el pecho que le impide respirar con normalidad. Le suelen suceder cuando está en el cine, o en el autobús, e incluso últimamente en su propio coche. Su reacción inmediata es salir corriendo, y en varias ocasiones ha tenido que ir a urgencias porque pensaba que se iba a morir.

Sonia es una chica de 18 años que durante los dos últimos ha perdido más de 20 kilos. Solamente come algunas verduras y, de vez en cuando, un poco de jamón y algún vaso de leche desnatada. Sólo bebe un vasito de agua al día, y todos los días hace al menos una hora de gimnasia. Es cumplidora, autoexigente y, salvo por sus manías con la comida, sus padres la consideran una hija modelo. Dice que empezó a hacer dietas porque se veía como una vaca, a pesar de que todos le decían que tenía un tipo estupendo.

Felipe describe así sus experiencias: ≪Al principio era como si una parte de mi cerebro, que hasta entonces estaba dormido, empezara a despertarse. Empecé a comprender muchas cosas: por ejemplo, me acordé de que, cuando tenía siete años, violé a mi hermana que entonces tenía seis; entendí por qué el portero de la oficina me daba todos los días el correo cogido con una cinta ancha de goma de color verde; comprendí por qué mis padres habían puesto mi nombre en el buzón... Todo empezó a cobrar un significado que hasta entonces no había sido capaz de captar···≫.

Todas estas personas presentan o relatan problemas muy diferentes. Todos ellos serán estudiados con detalle en esta obra. Pero también nos sirven aquí como ejemplo de la diversidad de temas y problemas humanos que son objeto de estudio para la psicopatología. Y, al mismo tiempo, nos sirven como una razón más que explica la diversidad de criterios y modelos que se manejan en esta disciplina, además de las que hemos comentado en el apartado anterior. En éste vamos a examinar algunos de los criterios más influyentes que se manejan, o se han manejado, para catalogar, comprender y explicar la multiplicidad de psicopatologías que pueden presentar las personas. Nos centraremos básicamente en los siguientes cuatro grupos de criterios: el estadístico, los sociales, los subjetivos y los biológicos.

A. EL CRITERIO ESTADÍSTICO

Como ha dicho Ibáñez (1980), cuando la psicología y, con ella, la psicopatología decidieron optar por homologarse a las ciencias naturales (ya bien entrado el siglo XIX) y, consecuentemente, postular leyes que fueran susceptibles de formalización, se recurrió a la cuantificación de los datos psicológicos. Esa cuantificación se produjo fundamentalmente a través de la estadística, ciencia auxiliar de una buena parte de las ciencias naturales. En psicopatología, la estadística dejó de ser un recurso auxiliar formal para convertirse en algo más: se transmutó en criterio definitorio del objeto y adquirió rango de concepto, cuya máxima ejemplificación se encuentra en el denominado criterio estadístico de la psicopatología.

La buena acogida que tuvo en nuestro contexto se debe, en parte, a que ya había sido profusamente utilizado en ámbitos psicológicos tan relevantes como el de las teorías constitucionalistas sobre la personalidad, o el de las investigaciones pioneras sobre la

inteligencia, que dieron paso a toda una tecnología que permitiría más adelante ≪medir≫ hechos psicológicos tan diversos como la personalidad, los valores, las normas, los motivos o las creencias. El postulado central del criterio estadístico es el de que las variables que definen psicológicamente a una persona, poseen una distribución normal en la población general de referencia de esa persona.

Consecuentemente, la psicopatología es todo aquello que se desvía de la normalidad, es decir, ≪algo≫ (un rasgo de personalidad, una capacidad intelectual, una actividad mental, un comportamiento, una emoción, un afecto, etc.) que resulta poco frecuente, que no entra en los límites de la distribución normal de la población que nos sirve de referencia.

Según este criterio, hablamos de hiper o hipoactividad para catalogar un determinado comportamiento motor alterado, o de baja versus alta inteligencia para designar la capacidad mental de las personas (esto es, subnormal versus superdotado), o de hiper versus hipoestesia, o de baja versus alta estabilidad emocional (neuroticismo versus estabilidad), por poner algunos ejemplos conocidos.

Sin embargo, la restricción al ámbito de lo infrecuente no siempre conlleva psicopatología (Martin, 1976). El genio creador es desde luego poco frecuente, pero no es patológico.

Creer en la existencia de una vida después de la muerte puede ser muy frecuente, pero el no creer en ello no significa patología. Problemas de este estilo parecen haber llevado a la adopción de un segundo supuesto central, además del de la frecuencia, para la definición de las psicopatologías: el supuesto de la continuidad. Según éste, los elementos constitutivos de las psicopatologías se hallan presentes en la normalidad, pero constituyen una exacerbación, por exceso o por defecto, de esa normalidad. De modo que las diferencias entre lo normal y lo patológico son de naturaleza cuantitativa, de grado. De aquí que, además de los prefijos hiper o hipo, se utilice el prefijo ≪a≫ y se hable de conductas o actividades anormales, que se caracterizan no sólo por ser poco frecuentes, sino además por contener los mismos elementos de la normalidad pero en un grado ya excesivo, ya escaso. Así que cuando la psicopatología se rige por un criterio estadístico se suele emplear el término anormalidad como análogo o sinónimo al de psicopatología, lo que significa que una conducta, rasgo, actividad o característica es muy poco frecuente y, por tanto, poco representativa del grupo social normativo de referencia, además de ser cuantitativamente distinta de lo que se considera normal (véase, por ejemplo, Eysenck, 1970). Este salto conceptual desde la idea de infrecuencia estadística a la de anormalidad ha permitido, además, que el criterio estadístico pase de ser considerado únicamente como parte del contexto del descubrimiento (por utilizar la terminología de Reichenbach, 1964) a ser utilizado también como parte del contexto de la explicación y la justificación. Y esto ha sido posible, según Seoane (1981), porque en psicología la idea de experimentación ha ido casi siempre unida a la de cuantificación, con el fin de posibilitar un posterior tratamiento estadístico. En este sentido, la tecnología estadística ha servido tanto para establecer relaciones funcionales como para realizar inducción probabilística.

B. LOS CRITERIOS SOCIALES E INTERPERSONALES

De una naturaleza diferente son los criterios que podríamos denominar, genéricamente, como sociales. Uno de ellos es el que H. S. Sullivan denominó consensual para señalar que la definición de las psicopatologías es una cuestión de normativa social, es decir, del consenso social que se alcance al respecto en un momento y lugar determinados. De aquí a afirmar que lo psicopatológico no es más que una ≪construcción social≫ y una ≪convención≫ que la comunidad adopta en un momento, y de un modo por lo general poco explícito, no hay más que un paso. Y sólo otro más para afirmar que lo psicopatológico no existe más que en las mentes

de quienes lo postulan. Cierto es que, en muchas ocasiones, la investigación transcultural ha demostrado que este modo de argumentar no es, en absoluto, una estupidez, y que lo que en un contexto cultural, social o histórico es normal, se torna patológico en otros; y, a la inversa, no lo es menos que en todas las culturas y épocas es posible detectar ciertas normas que definen lo que es psicológicamente normal.

Otra cuestión diferente es la de que nuestra cultura occidental sea una de las que históricamente más se ha preocupado por delimitar normas de ese estilo que, en muchos casos, implican juicios de valor peyorativos que tanto han criticado, y con razón, los teóricos del rotulado social, cuando afirmaban que diagnosticar implicaba poner una etiqueta a lo que simplemente era un problema o un modo de vivir, pero que marcaba a hierro y fuego, y para siempre, a su destinatario. Así pues, y con todas las precauciones que haya que adoptar, no queda más remedio que admitir honestamente que esas normas sobre cuyas bases catalogamos a una persona como normal o como psicopatológica existen en nuestras mentes. La solución no está, creemos, ni en negar su existencia, ni en ignorarlas, ni en proclamar ingenuamente que no existen psicopatologías ni personas que las padezcan. Muy al contrario, cualquier solución pasa necesariamente por estudiar y definir del modo más preciso posible esas normas y los supuestos en que se fundamentan, con el fin de evitar al máximo que nuestra actividad clínica se deje llevar por los prejuicios y la falsa moral, que tan malos compañeros de viaje resultan siempre. Y, sobre todo, con el de ayudar a la persona que presenta la psicopatología en cuestión a reintegrarse, en las mejores condiciones, en el medio social al que, se quiera o no admitir, pertenece.

De hecho, la adaptación a los modos de comportamiento esperables, habituales y sancionados como correctos por el grupo social al que una persona pertenece, se ha esgrimido también como un criterio para la presencia o ausencia de psicopatologías, y de hecho se encuentra en la base del criterio legal de normalidad mental versus psicopatología. En la medida que una persona se comporte, piense o sienta como lo hacen sus congéneres, o como éstos esperan que lo haga, será catalogada como normal. Así, la adecuación al rol social y personal que se nos adscribe constituye muchas veces el marco de referencia imprescindible para la catalogación de normalidad. Si, por ejemplo, ante la muerte de un ser querido presentamos una reacción emocional de euforia y alegría incontenibles, seremos catalogados como de anormales o patológicos... ¡como mínimo! Del mismo modo, esperamos que un padre de familia responsable y adaptado, se comporte de acuerdo con su rol y, por lo tanto, que pase la mayor parte de su tiempo dedicado a procurar para su familia estabilidad económica y emocional. Y, a decir verdad, conseguir restaurar la capacidad de adaptación social constituye un objetivo fundamental de la mayor parte de las técnicas de tratamiento e intervención psicológicas. Sin embargo, no siempre es fácil determinar qué hay que entender por adaptación social. Y lo que es más importante, suponer que esa adaptación es sinónimo de salud mental puede llevarnos a cometer graves errores. Por ejemplo, para un joven que vive en un barrio marginal de una gran ciudad puede ser muy adaptativo socialmente asumir la violencia y la agresión como forma de comportamiento habitual, ya que ello le permite no sólo integrarse en un grupo social importante en su contexto, sino también hace que se comporte de acuerdo con lo que se espera de su rol (joven-marginal-urbano). En este sentido, no hay más que recordar algunos ejemplos recientes de nuestra historia. Probablemente fuera más adaptativo —en el sentido de útil para la supervivencia personal inmediata— para la población alemana asumir como algo normal la existencia de campos de concentración para los judíos, negros o gitanos. E incluso se esperaba de ellos que actuaran como agentes de socialización, detectando y denunciando la

presencia de personas pertenecientes a alguno de estos grupos humanos (es decir, se esperaba que cumplieran con las leyes). Difícilmente podemos admitir que, en casos como éstos, la adaptación social y/o el seguimiento acrítico de las leyes, constituyan criterios de salud mental, o sea, de ausencia de psicopatología.

En definitiva, la definición de qué significa adaptación social presenta casi tantos problemas como la de psicopatología, y lo que es más importante, no puede erigirse en el criterio por excelencia para la delimitación de lo psicopatológico y de lo normal.

Un modo de solucionar los problemas derivados de la indeterminación del criterio que acabamos de ver pasa por postular la existencia de condicionantes situacionales, que serían los responsables de la aparición de psicopatologías. El individuo se convierte así en un mero actor, o mejor, en una especie de marioneta sometida a contingencias ambientales que representa el papel que la sociedad le adjudicó; y si ese papel no es bueno, la responsabilidad recae en la sociedad, nunca en el actor. Probablemente esto es bastante cierto en muchos casos. Pero tiene un riesgo importante: sustraer de la naturaleza humana aquello que más y mejor la define, la autodeterminación y la racionalidad, convierte a la persona que presenta una psicopatología en un alienado, un ser sin razón ni capacidad para decidir por sí mismo. Por tanto, lo mejor es que los demás decidan y piensen por él. Esto no significa que los condicionantes situacionales no puedan explicar muchas veces la aparición de una psicopatología, ni que, por lo tanto, el psicopatólogo deba excluirlos de su investigación.

Muy al contrario, es preciso examinar muy a fondo el contexto social, así como el tipo de contingencias ambientales que modulan el comportamiento y la actividad mental, si queremos llegar a comprender la génesis y/o el mantenimiento de muchos comportamientos perturbados o anormales. Pero no hay que perder de vista que un énfasis exclusivo y excluyente en esos condicionantes puede llevarnos hacia atrás en el túnel del tiempo, cuando al alienado se le robaba la condición de ser humano.

C. LOS CRITERIOS SUBJETIVOS O INTRAPSÍQUICOS

De un orden diferente son los criterios subjetivos, intrapsíquicos o personales, según los cuales es el propio individuo el que dictamina sobre su estado o situación, lo que se suele traducir en quejas y manifestaciones verbales o comportamentales: quejas sobre la propia infelicidad o disgusto, sobre la incapacidad para afrontar un problema o buscar una solución razonable, retraimiento social, comportamientos poco eficaces y/o incapacitantes, contacto deficiente con la realidad, malestar físico e incluso búsqueda de ayuda especializada (Maher, 1976). Una variante de este criterio la constituye el alguedónico, propuesto por Kurt Schneider (1959), y que hace referencia al sufrimiento personal, propio o ajeno, como elemento definitorio de la presencia de una psicopatología. El principal problema de estos criterios reside, desde nuestro punto de vista, en que implican que una persona es siempre consciente de sus problemas e incapacidades o, lo que es igual, de que tiene problemas y de cuáles son su naturaleza y su alcance. Y esto no es siempre así. En muchos casos, tales como demencias, ciertos estados psicóticos y algunos estados disociativos, entre otros muchos, el individuo está lejos de ser consciente de su problema o incluso de que tiene un problema; y desde luego es improbable que decida por sí mismo buscar ayuda especializada.

Pero es que, además, no todas las personas que manifiestan quejas de infelicidad o angustia personal, que tienen problemas para entablar y/o mantener relaciones sociales, que se comportan de un modo poco eficaz o que son poco realistas, son catalogables como psicopatológicas (o anormales, si se prefiere), incluso aun cuando recurran a un psicólogo clínico o a un psiquiatra. Lo mismo sucede con las personas que acuden al médico: no todas están enfermas, o mejor, el hecho de ir al médico no significa necesariamente que se esté verdaderamente enfermo. El criterio subjetivo o personal no tiene tampoco en cuenta los efectos que un comportamiento anormal produce en el contexto social inmediato de la persona que lo exhibe (mientras que sí lo haría el alguedónico). Y ninguno de los dos permite distinguir entre, por ejemplo, psicopatologías y reacciones normales de adaptación al estrés. En síntesis, este tipo de criterios resulta insuficiente tanto a nivel explicativo —en realidad, ni siquiera se plantean la génesis de la psicopatología—, como a la hora de analizar sus consecuencias. De todos modos, no hay que olvidar que en la práctica constituyen criterios a tener en cuenta, puesto que es cierto que en muchos casos es el propio individuo quien detecta una anomalía en sí mismo y, sobre todo, la comunica y puede ser incluso capaz de determinar su origen o su causa. Y, finalmente, tanto si se da un autorreconocimiento de patología como si no, la información que una persona nos proporciona sobre sí mismo y sobre su estado es una fuente de datos irrenunciable e imprescindible para el psicopatólogo.

D. LOS CRITERIOS BIOLÓGICOS

Por último, es preciso hacer referencia a un conjunto de criterios de naturaleza no psicológica, en la medida que enfatizan sobre todo la naturaleza biológica, física, de las personas.

La variedad de este grupo de criterios es muy amplia, puesto que son muchas y muy diferentes las disciplinas que se encuadran en las perspectivas biologistas o fisicalistas de la psicopatología: genética, neurología, bioquímica, inmunología, fisiología, etc. Todas estas disciplinas mantienen un mismo supuesto básico: el de que las diferentes psicopatologías son, fundamentalmente, la expresión de alteraciones y/o disfunciones en el modo normal de funcionamiento, bien de la estructura, bien del proceso biológico que las sustenta. Esas alteraciones pueden estar causadas a su vez por la acción de agentes patógenos externos (y entonces se califican con el prefijo dis), o por carencia de determinados elementos constituyentes (y entonces se aplica el prefijo a), o por una ruptura en el equilibrio normal de

los diferentes procesos, elementos o estructuras involucradas (en este caso se suelen aplicar los prefijos hiper o hipo) (Canguilhem, 1971).
Asumir una etiología orgánica como explicación última y exclusiva de la aparición de las psicopatologías conlleva adoptar el término genérico de ≪enfermedad mental≫ para caracterizar estos trastornos. Evidentemente, la irrupción de esta clase de criterios en el ámbito de la psicopatología supuso tanto una ruptura radical con las hasta entonces dominantes perspectivas mágico-míticas y religiosas, como la adopción de planteamientos científicos para la explicación y el tratamiento de las psicopatologías. El avance ha sido desde entonces incuestionable. Nadie puede dudar, pues, de su importancia y ningún psicopatólogo debería permitirse la arbitrariedad de ignorar su existencia o de despreciarla. Lo que ya no está tan claro es que el hecho de que se descubra una etiología orgánica signifique descartar sin más la intervención de factores estrictamente psicológicos y sociales, o sea, de naturaleza no primariamente biológica, bien sea en la etiología misma, bien en su mantenimiento, bien en las consecuencias que una causa orgánica tenga en el funcionamiento psicológico del individuo afectado.
Aceptar la dicotomía biológico versus psicológico para explicar la aparición y el mantenimiento de una psicopatología significa, desde nuestro punto de vista, un error demasiado costoso para la psicopatología; significa caer de nuevo en un miope dualismo psicofísico, que tan malos resultados ha tenido para la explicación del comportamiento y la actividad mental de los seres humanos (Nagel, 1993). Pero además, el reduccionismo de la psicopatología a lo biológico significa la imposibilidad de la psicología y de la psicopatología como actividades científicas. Las personas somos, además de organismos biológicamente determinados, individuos sociales, con una historia personal de aprendizajes, de memorias y de modos de conocimiento del mundo, que no son meros epifenómenos de nuestra condición de organismo, ni son tampoco explicables recurriendo única y exclusivamente a esa condición. Un delirio o una alucinación pueden estar ocasionados por factores biológicos (por ejemplo, desde una intoxicación alcohólica hasta un deterioro cerebral, pasando por otras muchas posibilidades), pero no todas las personas que los presentan hacen referencia a los mismos temas, los padecen con la misma intensidad, o manifiestan el mismo grado de deterioro en su funcionamiento social y personal.
Y desde el punto de vista de la intervención terapéutica resulta evidente la necesidad de tener en cuenta todos estos aspectos. En definitiva, los planos psicológico y biológico están lejos de ser incompatibles; antes bien, son complementarios e igualmente necesarios para la comprensión de las psicopatologías. De hecho, la tendencia actual a postular un modelo biopsicosocial para la explicación de la naturaleza humana y sus alteraciones (mentales o no) significa el reconocimiento de esa complementariedad (Belloch y Olabarría, 1993).

E. CRITERIOS DE ANORMALIDAD: ALGUNAS CONCLUSIONES

Después de todo lo expuesto podría pensarse que ninguno de los criterios mencionados es útil para explicar y describir las psicopatologías. Nada más lejos de la realidad. Todos y cada uno de ellos son necesarios; pero ninguno es suficiente, por sí mismo, para la psicopatología. Uno de los objetivos de nuestra disciplina consiste, entre otras cosas, en delimitar el peso relativo de cada uno de los criterios aquí comentados, a la hora de clasificar, explicar y/o predecir la aparición de comportamientos anormales, actividades mentales anómalas o enfermedades mentales. Y en otro plano diferente no debemos olvidar que la elección en exclusiva de un criterio significa optar por una teoría y un modelo concretos en detrimento de otros.
A modo de conclusión provisional, y antes de examinar cómo estos criterios toman cuerpo en

los modelos o escuelas actuales de la psicopatología, será útil establecer algunos postulados o principios generales sobre los que podemos basarnos para caracterizar y catalogar un determinado modo de pensar, actuar o sentir como anormal o psicopatológico:

Primero: No hay ningún criterio que, por sí mismo o aisladamente, sea suficiente para definir un comportamiento, un sentimiento o una actividad mentales como desviada, anormal y/o psicopatológica.

Segundo: Ningún comportamiento, sentimiento o actividad mentales son por sí mismos psicopatológicos. Para calificarlos como tales es necesario apelar a una relativamente amplia gama de condicionantes contextuales (Mahoney, 1980), así como examinar su posible utilidad adaptativa y estratégica (incluyendo las ganancias secundarias que la persona que los exhibe, sus allegados o la sociedad obtienen con ellos).

Tercero: La presencia de psicopatologías representa un obstáculo importante para el desarrollo individual de la persona que las mantiene, o para su grupo social más cercano (Belloch e Ibáñez, 1992), es decir, no tienen utilidad estratégica, o ésta es menor que la conducta contraria (Martin, 1976).

Cuarto: Las dificultades que tienen las personas con psicopatologías les impiden lograr sus niveles óptimos de desarrollo social, afectivo, intelectual y/o físico. Y esas dificultades no son exclusivamente el resultado de condicionantes socioculturales insuperables para un individuo particular, sino que están producidas por anomalías en sus actividades, procesos, funciones y/o estructuras, ya sean cognitivas, afectivo/emocionales, sociales, biológicas y/o comportamentales.

Quinto: Los elementos que definen como psicopatológicos un comportamiento o una actividad mental, no difieren de los que definen la normalidad más que en términos de grado, extensión y repercusiones, lo que significa que es más correcto adoptar criterios dimensionales que categoriales o discontinuos para caracterizar a las diversas psicopatologías (Cattell, 1970; Eysenck, 1970; Mahoney, 1980).

Sexto: La presencia de psicopatologías no conlleva necesariamente ausencia de salud mental. En psicopatología nos encontramos a menudo con anomalías de la actividad mental, tales como los lapsus línguae, o despertarnos antes de que suene el despertador creyendo que sonó (imagen hipnagógica), o incluso con experiencias alucinatorias relacionadas con la ingestión (voluntaria o no) de ciertas sustancias, por no hablar de hechos tan cotidianos como que, en un examen, olvidemos cómo se llamaba ese autor tan importante que desarrolló el concepto de neuroticismo, o no consigamos recordar el nombre de nuestra mejor amiga de la infancia o de qué color estaba pintada la clase del colegio al que fuimos durante años. Sigmund Freud ya habló de esto en su Psicopatología de la vida cotidiana.

Así pues, todas estas anomalías son tremendamente corrientes en la vida y todos alguna vez las hemos experimentado en pleno estado de salud.

Y también son objeto de estudio para la psicopatología precisamente porque representan anomalías que se producen en el curso de una actividad mental normal y porque en muchos casos, como sucede sobre todo con el estudio del olvido, sirven de ayuda para entender el funcionamiento de otros procesos y actividades mentales anómalos, como la amnesia. Existen, pues, grados de anomalía o alteración mental, y no todos implican ausencia de salud mental, tal y como ya argumentamos en el punto anterior.

Séptimo: Del mismo modo sucede que salud no implica simplemente ausencia de enfermedad. Como señalaba la OMS ya en 1946, salud no es sólo ausencia de enfermedad, sino también presencia de bienestar. En el ámbito de la salud mental, la Federación Mundial para la Salud

Mental la definió en 1962 como ≪un estado que permite el desarrollo óptimo físico, intelectual y afectivo del sujeto en la medida en que no perturbe el desarrollo de sus semejantes≫.
En definitiva, tampoco la salud mental es un concepto monolítico, definible simplemente en función de, o sobre la base de, un solo criterio. Parámetros tales como autonomía funcional, percepción correcta de la realidad, adaptación eficaz y respuesta competente a las demandas del entorno, relaciones interpersonales adecuadas, percepción de autoeficacia, buen autoconcepto, estrategias adecuadas para afrontar el estrés, etc., constituyen parámetros en los que debemos fijarnos cuando de lo que se trata es de diagnosticar o calificar el grado de salud mental de una persona (Belloch e Ibáñez, 1992).