

CONTROL SOCIAL DE LA SINGULARIDAD PSICÓTICA: EPISTEMOLOGÍA PSIQUIÁTRICA Y BIOÉTICA CRÍTICA

SOCIAL CONTROL OF THE PSYCHOTIC SINGULARITY: PSYCHIATRIC EPISTEMOLOGY AND CRITICAL BIOETHICS

María Sánchez de las Matas Martín¹
m.sanchez-matas@hotmail.com

Fecha de recepción: 26 marzo 2010 - Fecha de aceptación: 10 diciembre 10

Resumen

En el artículo se realiza una breve revisión nosográfica sobre la situación epistémica y clínica de la praxis psiquiátrica, para plantear una reflexión crítica sobre la justificación o no de la iatrogenia psicofarmacológica ocasionada en algunos pacientes psicóticos y recordar las directrices al respecto de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (2005).

Palabras clave: Psicosis, delirio, esquizofrenia, síndrome, síntoma, antipsicóticos, iatrogenia, bioética, biojurídica, UNESCO.

Summary

In the article a brief nosographic revision is realised on the epistemic and clinical situation of praxis psychiatric, to raise a critical reflection on the justification or not of iatrogenia psychogenic caused in some psychotics patients and on the matter to remember the directives of the Universal Declaration on Bioethics and Human rights of UNESCO (2005).

Key words: Psychosis, delirium, schizophrenia, syndrome, symptom, antipsychotics, iatrogenia, bioethics, biolegal, UNESCO.

Introducción crítica a la exclusión lógica y sus consecuencias bioéticas

Esta tarea asociada a la bioética es una misión política y filosófica y, en cuanto tal, puede ser desempeñada radicalmente. La tarea de la bioética no es descriptiva, sino eminentemente crítica (...) Es menester reparar en el hecho de que los psicofármacos y los fundamentos teóricos de la psiquiatría habrían de representar para una bioética crítica un dilema

moral tan profundo y complejo como el de la clonación genética o la reproducción asistida. (Navarro, 2007: 582-584)

“Como psicosis seguimos entendiendo unas alteraciones psíquicas graves y profundas, casi irreversibles, que no sabemos diferenciar bien del genérico y antiguo término de locura.” (Colina, 2002: 114). No resulta posible hoy, tras una revisión crítica de la nosografía psicopatológica

1. Escuela de Estudios Generales Sede de Guanacaste

y psiquiátrica sobre el *logos delirante*, ir significativamente más allá de la metáfora originaria: Lo sorprendente, incierto, inesperado, trágico o estéril del acontecimiento déctico subjetual y social ya está contenido en la etimología metafórica del que se considera *síntoma paradigmático* de la locura o de la psicosis: *Delirare*, “salirse del surco”, “arar fuera del trazo” (Fuentenebro, Valiente, Díez-Alegría & Nieto, 2007: 365ss). Esta *presencia* histórica conductora y generadora dialéctica de la disciplina psiquiátrica y de su historia consciente y discursiva: ¿*qué es?*, en el sentido de: ¿*qué significa?*, ¿*cuál es su identidad?* Estas son preguntas originarias y son después de los siglos nuestras preguntas (Colina, 2002: 114); aunque su expresión filosófica en Foucault (2002: 371) resulta sobrecogedora pues, más allá incluso de su oculta significación y, aunque esta apareciera, estaría todavía la pregunta ontológica: ¿*en nombre de qué?*... Es decir, aún cuando alcanzáramos su significado: ¿*en nombre de qué* denominaríamos *delirio* al delirio?, ¿*en nombre de qué* surco, razón o trazo?, ¿*por qué* y con qué legitimidad no interpretativa, o acaso solo interpretativa? ¿No es la conciencia nosográfica de la imposibilidad comprensiva y explicativa (Pérez & García, 2006: 11) sobre el delirio y la psicosis una exclusión ontogénica y ontológica autoafirmativa de la identidad histórica del logos discursivo?; ¿no es la negación de la exclusión en la racionalización de la locura la continuidad histórica de su exclusión ontológica y su silencio, como responde al fin Foucault a Derrida? Es decir, no es insignificante en el conflicto del Cogito -también psicopatológico o psiquiátrico- esta ontología o “elección” congénita, si bien ahora quisiéramos acercar la exclusión ontogénica del *Logos* a sus *consecuencias críticas y bioéticas* en la razón vital: La *racionalización* de lo excluido –dislógico- deviene *responsabilidad* epistemológica que, en el caso de la psiquiatría sobre todo, pero del discurso en general, es siempre una responsabilidad bioética: *epistemológica* en cuanto el saber psiquiátrico se somete a las reglas supervisadas del juego científico teórico y empírico que puede legitimar o no su praxis, *bioética* porque esa praxis se realiza sobre la *vida* –la “realidad radical”–, sobre la integridad del ser delirante; y esto, ya sea

en forma de intervención psicoanalítica, conductual, cognitiva o química:

Es necesario precisar si rige para dicha ciencia el mismo marco jurídico que para el resto de las ciencias de la salud, teniendo en cuenta que su objeto de estudio es el psiquismo del hombre ya sea individualmente o colectivamente en internamiento y, consiguientemente, considerado este objeto de estudio en un sentido tan amplio como para abarcar: su corporeidad, su voluntad, su moralidad, su percepción de la realidad, su identidad, etc. (Navarro, 2007: 587).

En su *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* del 2005, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) intenta promover una investigación *multidisciplinar y crítica* cuyo objeto sean las ciencias que actúan sobre la vida (Objetivos: Artículo 2, e), y establece como criterio de la praxis la *prioridad del individuo sobre la sociedad*: “Los intereses y el bienestar de la persona deberían tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad” (Principios: Artículo 3, 2). Ahora bien, si la evaluación crítica de la situación epistémica del discurso psiquiátrico -del que es consecuencia su práctica clínica- y, sobre todo, la valoración de la validación clínica de ese discurso no legitimaran su acción sobre el sujeto, sino que, por esta falta de suficiente y exigible justificación epistemológica teórica y clínica tal legitimidad quedara reducida a una forma de *control social –histórico- de la singularidad* (Devereux, 1973; Basaglia, 1975; Navarro, 2007); ¿no exigiría esta situación una supervisión bioética y biojurídica rigurosa de todo el planteamiento, principalmente psicofarmacológico –pero también psicoanalítico, cognitivo, conductual-, de la praxis psiquiátrica? En palabras de Navarro:

Véase entonces que si partimos del principio que reza *operari praecedere ad esse* y, a la luz de este planteamiento bioético, se comprobará que la pregunta que corresponde hacer a una bioética crítica en relación a la responsabilidad y beneficio social, moral y político de la psiquiatría es, en primer lugar, la de si esta es o puede llegar a ser justa. Justa en cuanto ciencia y justa en cuanto técnica (...) Que esta labor se puede plantear en los términos de si es o puede ser justa en cuanto mera posibilidad racional resulta evidente por la sencilla razón de que el pensamiento crítico puede abarcar problemas teóricos (y el problema de si algo es justo o no pertenece a esta categoría) desde la dimensión especulativa

que le es propia (...) *la especificidad y complejidad del discurso psiquiátrico no obsta a que la reflexión crítica y especulativa le presenten problemas y limitaciones insalvables y gravosas si las hubiere.* (Navarro: 2007: 582-584) (La cursiva es nuestra).

En las ciencias que actúan específicamente sobre la vida –si bien pensamos que es preciso en todas–, la epistemología y la bioética constituyen una misma reflexión crítica o, lo que es lo mismo, la bioética debiera funcionar de modo paradigmático (Llopis, 2003). Tratándose de estas ciencias, cualquier reflexión nosológica y consecuente *praxis* deviene un ejercicio de *responsabilidad moral* que debiera serlo también *biojurídica*.

El problema epistémico de la multiplicidad de paradigmas de aproximación a un *objeto* –la mente enferma, enfermedad mental, el trastorno mental– que ni siquiera sabemos si está definido o si es algo más allá de una expresión metafórica (Sasz, 1974; American Psychiatric Association, 2000) no es, verdaderamente, un “problema” epistemológico, ya que forma parte de la “normalidad” del curso histórico en cualquier discurso científico, aunque sí objeto de esta reflexión crítica sus dificultades, presuposiciones, contradicciones, alcance por tanto y validez teórico-empírica en el caso de la psiquiatría. El verdadero –en el sentido de ‘vital’ orteguiano, la realidad radical– problema epistemológico radica en este caso en una relación o proceso y la fundamentación de esta relación. La *relación o proceso* que precisa de la constante reflexión epistemológico-bioética-crítica es la de cómo se *compromete* la validez *epistemológica* de los constructos con la ejecución de una *praxis* sobre el sujeto vivo en su realidad radical, teniendo en cuenta previamente la crítica epistémica que marque el nivel y límites del constructo y, de otra parte, de forma protagónica, la validación empírica dada por la *clínica* a la totalidad del discurso, evaluando rigurosamente criterios de *iatrogenia* y *curación* absolutos y relativos:

La tarea de la bioética no es descriptiva, sino eminentemente crítica. No habrá de extrañar, entonces, que la tesis que se examina en estas páginas parta de una pregunta y una crítica implícitas, a saber: ¿es la reflexión en torno a los medios y los fines de la psiquiatría en tanto disciplina y práctica médicas uno de los grandes retos de la bioética futura? ¿Podría una bioética crítica ocasionar justificadamente el

desmoronamiento de la psiquiatría como saber y como práctica? (Navarro, 2007: 582)

No exactamente en la forma radical, aunque está bien justificada la posición de Navarro, sería una consecuencia de la bioética crítica la existencia o no del *poder psiquiátrico* sino, más bien, el fundamentar en cuanto discurso y parte de un discurso multidisciplinar una *biojurídica* rigurosa sobre la praxis psiquiátrica. No es exigible al discurso epistémico psiquiátrico la completud o uniformidad de enfoques y paradigmas no conseguidos –ni deseables, quizás– en el curso histórico en ninguna disciplina. Respecto de la validación empírica –clínica– de los constructos, la *curación* solo puede ser uno de los criterios a la hora de valorar la acción psiquiátrica, como cualquier otra acción médica, pero sí se torna un problema epistemológico prioritario la justificación *relativa* consecuente de la *iatrogenia* en ausencia de curación más si no sabemos explicar ni comprender cómo una conducta, un comportamiento o un discurso son, o posiblemente no son, una enfermedad desde una perspectiva verdaderamente bioética crítica y biojurídica.

Ni explicación ni comprensión

Loco no es el que ha perdido la razón, sino el que lo ha perdido todo menos la razón. (Chesterton, 1998: 12).

Nos referimos aquí a la locura, la psicosis o el delirio en los términos en los que entendía Jaspers que “loco es el que delira”, “estar loco es estar delirando” o “la historia de la esquizofrenia es la historia de la psiquiatría” (1993), o en el que Colina dice que se hace prácticamente indistinguible hoy, como psicosis, de la locura antigua (Colina, 2002). Los criterios de los sistemas diagnósticos actuales recogen básicamente en su definición del *delirio* los establecidos por Jaspers en 1913, es decir: a) el delirio es una creencia falsa, b) basada en inferencias incorrectas, c) que se mantiene contra toda evidencia y d) no es compartida por los individuos de la misma cultura (Belloch, Sandfón & Ramos, 2000; Díez-Alegría,

Nieto & Vázquez, 2001, Díez-Alegría & Vázquez, 2006; Fuentenebro *et al*, 2007). Todos estos criterios definitorios del *logos delirante* persisten en las actuales clasificaciones diagnósticas, a pesar de haber sido rechazados teórica y empíricamente como no significativos prácticamente desde su origen.

Una posible clasificación de los modelos recientes de *intención explicativa* según su posición acerca de la etiogenia y “mecanismos de mantenimiento” del delirio sería la siguiente:

Tabla 1

Modelos explicativos del delirio (Díez-Alegría & Vázquez, 2006; Fuentenebro *et al.*, 2007)

Modelos basados en el razonamiento	Razonamiento <i>no alterado</i> : interpretación racional de experiencias anómalas Razonamiento <i>alterado</i> : - Teoría de razonamiento silogístico - Teoría de razonamiento probabilístico
Modelos basados en sesgos cognitivos	- Sesgos atencionales - Correlaciones ilusoria
Modelos neuropsicológicos	- Monitorización de la realidad - Teoría de la Mente (ToM) - Teorías neuropsicológicas del reconocimiento facial

Se puede resumir previamente una intersección crítica para todos estos procesos: 1) presencia “normal”, inespecífica por tanto, en el pensamiento de cualquier sujeto no delirante; 2) posibilidad de que los fenómenos estudiados no sean causa explicativa o de persistencia de los delirios, sino que tengan carácter epifenómeno; 3) limitación de los hallazgos a pocos sujetos o tipos de delirio; 4) resultados que varían en función de las condiciones de la investigación (por ejemplo ante estímulos “neutros” o “emocionales”) y que se igualan a los obtenidos en sujetos “normales” según aumenta en estos el grado de estrés; 5) inexistencia de los hallazgos en fases de remisión, etc. (Díez-Alegría & Vázquez, 2006; Fuentenebro, *et al*, 2007).

En síntesis, los modelos de razonamiento *no alterado* definen el delirio como una construcción lógica que da respuesta a un sinsentido

(ej.: alucinaciones auditivas, “voces”); no obstante, los delirios surgen a veces en ausencia de circunstancias anómalas. Entre los modelos de *razonamiento alterado*, los que se basan en fallos inferenciales carecen de suficiente apoyo empírico, ya que los resultados prueban la misma “incapacidad” y “desviación” de las normas de la lógica formal también en sujetos “normales”. El razonamiento *probabilístico* – que realiza inferencias en situaciones de incertidumbre – se ha estudiado en presencia de *estímulos neutros* y en presencia de *estímulos emocionales*; en el primer caso, la propuesta teórica sugiere que “los sujetos delirantes basan sus decisiones en los estímulos más inmediatos, olvidándose de la información previa” (Ib.). Sin embargo, los estudios empíricos limitan la validez de esta afirmación a un reducido número entre los sujetos investigados. En estos casos parece existir una *precipitación en las conclusiones* o “tendencia a saltar a las conclusiones” (JTC), además de una mayor confianza en las decisiones adoptadas respecto del grado de certidumbre en sujetos-control; sin embargo, en los estudios en los que interviene *contenido emocional* la respuesta de los individuos “normales” y los sujetos delirantes se hace equivalente: “los sujetos delirantes sufren de una gran vulnerabilidad al arousal emocional que causa alteraciones en el razonamiento similares a las halladas en sujetos normales bajo situaciones de estrés grave”, de tal forma que: “tal vez los sesgos de *saltar a las conclusiones* y de recopilación de información reflejen alteraciones o anomalías *motivacionales* más que alteraciones en el *procesamiento* de la información” (Ib.). En relación con los *sesgos cognitivos*, los resultados indican inespecificidad respecto de situaciones, por ejemplo, depresivas. Sobre los modelos basados en correlaciones *ilusorias*: “los resultados obtenidos no confirman la hipótesis inicial, apuntado que los sujetos delirantes no están más predispuestos a percibir correlaciones ilusorias entre estímulos neutros que los sujetos controles”. Muy relacionada también con los modelos de sesgos cognitivos en la recogida de información está la hipótesis de los modelos *atencionales*, que propone una atención selectiva a estímulos amenazantes como causa del mantenimiento del delirio; pero los resultados obtenidos, bien se limitan a estudios

en muestras muy limitadas, bien indican que el recuerdo selectivo no lo es solo de los estímulos amenazantes sino también de los estímulos depresivos. Además, una cuestión persistente y de interés esencial en todo lo anterior es: “el tipo de relación que tienen estos factores con el síntoma, es decir, si están correlacionados, son epifenómenos o son, llamémoslos, factores de vulnerabilidad o, quizá, factores precipitantes”. Los resultados obtenidos por el modelo basado en *estilos atribucionales* “son contradictorios” y “sin consistencia interna”; una crítica relevante al modelo es su dificultad para diferenciar entre “dos tipos diferentes de atribuciones externas: las que implicaban las circunstancias o factores situacionales y las que implicaban la acción de los otros”. Por otra parte, los resultados obtenidos por este modelo son inespecíficos: “es decir, que tanto los sujetos delirantes como los depresivos mostrarían dificultades a la hora de utilizar información del entorno para inferir causalidad, y que el estilo atribucional no es específico del tipo de sintomatología”. Los estudios basados en nociones como autoestima o autoconcepto en sujetos delirantes contienen un punto de partida sumamente vulnerable: “Las consideraciones teóricas giran en torno a los límites conceptuales en relación a la definición de autoestima, autoconcepto y self y la forma de evaluarlos”. Los estudios sobre *mentalización* o *Teoría de la Mente* (ToM) en sujetos delirantes propone que estos “muestran capacidades de teoría de la mente adecuadas en los periodos de remisión de los síntomas, pero que fallan en estas habilidades cuando se agudiza la enfermedad; los resultados obtenidos sugieren “que los déficit en teoría de la mente podrían ser específicos de algunos síntomas más que de otros”, además de no mantenerse la dificultad de mentalización en fases de “remisión”, lo que apunta nuevamente a una posible situación epifenoménica. (Díez-Alegría & Vázquez, 2006: 52ss; Díez-Alegría, Nieto & Vázquez, 2001; Fuente-nebro *et al.*, 2007; Belloch *et al.*, 2000; Fuentes, Ruiz, García, Soler & Dasi, 2008).

Cabe cuestionar epistemológicamente, según lo anterior, la definición, validación y control de las variables que se hacen intervenir; por ejemplo, si se pueden valorar las llamadas *motivaciones* o, al menos, las que *actúan* en una

elección; qué estímulos se pueden determinar como *neutros* o *emocionales* para un sujeto, incluso del grupo control; cómo se mide de forma legítima el nivel de angustia o estrés que interviene modificando las decisiones, cómo se definen y registran conceptos como la “autoestima” o el “self”, etc., lo que de por sí ya arroja dudas de entrada sobre todo planteamiento, dato o conclusión que se fundamente en tan equívoco *a priori*. Siempre, incluso después de posibles valiosos resultados que coincidieran con lo que quisiéramos hallar, todavía tendríamos que preguntarnos si “eso” que buscamos (por ejemplo, alteraciones en el pensamiento probabilístico) causa el delirio, acompaña al delirio, es consecuencia del delirio o independiente de este, entre otras muchas posibilidades.

Respecto de la aparente seguridad algorítmica y corporativa que ofrecen las *clasificaciones* sindrómicas (CIE-10, DSM-IV) etiológicamente elusivas y de inspiración neo-kraepeliana y positivista, y frente a la integridad abstracta que construyen, habría que señalar la inexistencia de una historia lineal o acumulativa del concepto actual de *esquizofrenia*, y su no conformación como ese objeto “real, reconocible, unitario y estable” que ofrece, por ejemplo, la definición del DSM-IV-TR (Berrios, Luque & Villagrán, 2003). Esta situación epistémica plantea ciertas limitaciones epistemológicas:

En primer lugar, la idea de la progresión lineal que culmina en la actual definición es un mito. En segundo lugar, el concepto actual de esquizofrenia no procede de un único objeto de investigación sino de un mosaico compuesto de fenómenos clínicos provenientes de distintos enfoques y definiciones. (Berrios *et al.*, 2003: 111).

En nuestros días, la American Psychiatric Association (1994) reconoce que la mayoría de los estudios existentes sobre el curso y resultado de la esquizofrenia viene a mostrar que el curso puede ser variable, con individuos mostrando mejorías y recaídas mientras que otros permanecen enfermos de forma crónica. Justamente por esto la American Psychiatric Association (1994) no es capaz de ofrecer una revisión adecuada de los resultados de la esquizofrenia. (García & Pérez, 2003: 109).

Para el paradigma positivista y enfoque biologicista de la etiología de la psicosis, los resultados obtenidos han de valorarse, pese a la

inmensa acumulación de observaciones, como sorprendentemente escasos. Tras una prolongada investigación neuropsicológica que incluye la *década del cerebro*, no se ha conseguido aún “ni siquiera un *marcador biológico*” que debiera ser hallazgo de laboratorio en una “presunta *enfermedad cerebral*”:

Ahora bien, sin un entendimiento que se haga cargo de la experiencia y de la conducta que supone el trastorno llamado *esquizofrenia*, difícilmente se puede alcanzar una explicación que merezca el nombre de científica (por mucho vestuario cientí-forme con el que se presente) (...) El caso es que el mayor conocimiento que se tiene del cerebro no se corresponde con saber más acerca de la esquizofrenia. La cantidad de datos y correlatos acumulados sobre la neurobiología de la esquizofrenia más parece un montón de ellos que, propiamente, un conocimiento acumulativo (Pérez y García, 2006: 11-12).

Los enfoques humanistas y paradigmas *interpretativos* de aproximación a las psicosis rechazan abierta e intradiscursivamente el modelo positivista que inspira las corrientes neo-kraepelianas, biologicistas y descriptivistas, en cuanto los considera modelos reduccionistas ya “desgastados” en el momento actual de la historia de las ideas:

Una psiquiatría solo biológica es como un hierro de madera que sostiene sin solidez, amputa la interpretación y nos obliga, *sin justificación suficiente*, a la falacia de *naturalizar más los fenómenos anormales que los normales*, como si la tristeza y la pereza, la pena y la desgana, *ganaran rango fisiológico* por el hecho de transformarse en depresión e inhibición; esto es, en mucha tristeza y mucha pereza, en mucha pena y mucha desgana (Colina, 2002: 112-113) (la cursiva es nuestra).

En general también, y dentro del análisis interpretativo del sujeto, estos enfoques se alejan actualmente de la fenomenología “descriptiva o genética y estructuralista”. Prevalece el interés fundamental del *psicoanálisis*, limitando sus pretensiones y actitudes a veces “tercas e intimidatorias” dentro de la aproximación hermenéutica e interpretativa en general: “[la hermenéutica] representa en la cadena filosófica contemporánea la prolongación de la fenomenología y el existencialismo” y se definiría en relación con la psiquiatría como “el conjunto de saberes interpretativos que nos inducen a estudiar las patologías

mentales sin segregar al sujeto” (Colina, 2002, 111-113), entendida la superación de la relación sujeto-objeto en la de *sujeto-sujeto*, y hallando en el *diálogo* la *racionalidad* de la psicosis:

El objeto de interpretación que la hermenéutica ofrece a la Psiquiatría, en sustitución del de enfermedad, es lógicamente el del sujeto psicótico (...) En este ámbito se interesa por el lenguaje del psicótico y la lingüística que habita (...) Criterio que, como primera conclusión, amplía la aceptación del carácter meramente racional y razonador del loco a la condición de *razonable*. (Colina, 2002: 116).

Uno de los modelos alternativos a los de *síntoma* y *síndrome* es el basado en la noción de *persona* (García, Pérez, 2003), que intenta recuperar factores *culturales* implicados en la etiología, desarrollo y persistencia de los síntomas psicóticos. Los distintos síntomas que suelen caracterizar a la esquizofrenia (alucinaciones, delirios, discurso desorganizado, etc.) son considerados por los modelos alternativos al síndrome como fenómenos con la suficiente relevancia como para merecer un estudio por sí mismos, debiéndose avanzar a partir de estos a la consideración del sujeto delirante como *persona*:

En esta línea, los síntomas se pueden entender como clases de conductas resultantes de la interacción persona-situación. Y si determinados autores han propuesto un salto del estudio de la esquizofrenia a sus síntomas, otros han ido desde los síntomas a un modelo asentado en la noción de “persona” (...) De forma general, puede decirse que el aspecto fundamental que define un modelo “personal” es el esfuerzo humano por tratar de construir un sentido de sí mismo que sea, a la vez, valioso y auténtico. (García & Pérez, 2003: 109).

El modelo parte necesariamente de la pertenencia del *síntoma* a un *sujeto*: la conducta y el síntoma son de alguien; es preciso percibir la articulación de la persona con su conducta en tanto la persona trasciende sus acciones y se resuelve en ellas. La compleja relación de estos dos aspectos ha sido caracterizada en formas diversas según los autores: *identidad personal/persona social*, *ser/estar*, *persona/personaje*; *sí mismo/intérprete*. El modelo se integra así en las corrientes que consideran los aspectos sociales y culturales en la comprensión de los trastornos psicológicos, dada también la insatisfactoria respuesta biologicista sobre la enfermedad:

Sin negar los datos biológicos que haya que tener en cuenta, el caso es que tampoco se afirman por adelantado sino que, simplemente, se pone por delante la vida a la biología. Al fin y al cabo, la tan asumida teoría de la vulnerabilidad no es nada aparte del estrés de la vida, antes bien parece tautológica, porque se invoca cuando se da el trastorno. (García & Pérez, 2003: 117).

“La acumulación de datos y mayor conocimiento del cerebro no parecen dar como resultado un mayor conocimiento de la esquizofrenia” (García & Pérez, 2006: 12). No conocemos con certeza la etiología ni las causas de la persistencia del delirio. Las clasificaciones diagnósticas podrían ser definidas como tautologías algorítmicas que tipifican conductas en forma sumatoria, sin pretender alcanzar ni explicación ni comprensión de los conjuntos de síntomas y mostrando tan solo en forma legaliforme o deductiva cómo obtener un *nombre* diagnóstico. Por ejemplo, en el DSM-IV-TR (2000), los *criterios para el diagnóstico de esquizofrenia* aparecen distribuidos en grupos de síntomas; en el Grupo A figuran los llamados *síntomas característicos*: ideas delirantes, alucinaciones, pensamiento desorganizado, síntomas negativos, etc., de los cuales se precisan “dos o más”, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un periodo de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito). La enumeración se sigue de una nota: “Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas” (APA, 2000). Existe, sin duda, resignación etiológica; la revisión nosográfica nos manifiesta la ausencia de consenso intradiscursivo respecto de síntomas y síndromes; no hay consenso explicativo ni comprensivo sobre el delirio y la psicosis, a pesar de la existencia de un *diagnóstico*. En la práctica, este funciona como un *nombre* que asigna un *status* (Devereux, 1973) de consecuencias médicas, legales y sociales sobre la vida de un sujeto y una licencia para la intervención psiquiátrica sobre la totalidad de un organismo. El diagnóstico viene protegido por el algoritmo y salió de él. El seguimiento del protocolo significa una protección corporativa de la praxis.

¿Primum non nocere?

La medicación puede haberle calmado la angustia y los síntomas que de ella se derivan, pero queda en su lugar un vacío, una dificultad para reconocerse, para situarse en el mundo, que a veces son tan problemáticos como los fenómenos que ella eclipsó (...). Que la medicación le haya suprimido a un psicótico los síntomas más llamativos no es necesariamente equiparable a que le haya producido una restitución a la ‘normalidad’. Además, cabe preguntarse de qué ‘normalidad’ se trata y buena prueba de ello es la frecuencia con la que acontecen las recaídas, la relación de dependencia en que se sitúa el psicótico respecto a la medicación, la enorme frecuencia con que, pese a tomarla, reaparecen manifestaciones alucinatorias o delirantes ante desencadenantes mínimos (...). Los fármacos no curan las psicosis, sólo alivian los síntomas. Y ello al precio de un vacío subjetivo que no siempre es fácil de abordar y que puede conducir a situaciones de retraimiento social, pérdida de interés por todo, falta de respuesta afectiva, y en general un deterioro progresivo de muchas de sus capacidades cognitivas, propio de la cronicidad (Albert, Belinchón, Navarro & Vallina, 2008: 79 ss.).

Tras la breve revisión nosográfica que tenía por objeto una aproximación a la situación epistémica del discurso psiquiátrico sobre el delirio y la psicosis, hemos podido constatar plena conciencia discursiva psiquiátrica y psicopatológica sobre el desconocimiento de su etiología, pronóstico y diagnóstico diferencial, a pesar de la secular acumulación de datos e interpretaciones e independientemente los constructos se centren en el síntoma o el síndrome. Aproximaciones interpretativas o biológicas reflejan idéntica incertidumbre; la neuropsicología acumula información muy valiosa sobre el cerebro que no se traduce en un avance explicativo consistente y suficientemente consensuado sobre delirio, psicosis o esquizofrenia, y esta pobreza resolutive reivindica por sí sola, el dialogo comprensivo con el sujeto (Colina, 2002; García & Pérez, 2003). Sobre los resultados epistémicos y la limitación epistemológica de estos se justifica y fundamenta una praxis cuya validación empírica precisa actualmente de supervisión bioética y sobre todo biojurídica (Navarro, 2007; Vila-Coro, 2005).

La validación *clínica* de la intervención química sobre el sujeto resulta lamentable en la nosografía intradiscursiva: *parkinsonismo*, *acatisia*, *disonía aguda*, *síndromes tardíos* (ST), *relativo control sintomático de los síntomas*

positivos, nulo control o empeoramiento de los síntomas negativos, ausencia de curación, etc., es la situación empírica reflejada en el consenso nosográfico sobre los neurolépticos utilizados como antipsicóticos. Permítasenos, por su importancia, citar algo extensamente algunos de los *efectos secundarios* a la intervención psicofarmacológica sobre el sujeto llamado psicótico, a través de estas comunicaciones autorizadas:

Este parkinsonismo farmacológico presenta un complejo sintomático muy similar al de la enfermedad de Parkinson idiopática, constituido básicamente por la tetrada rigidez, bradicinesia, temblor y alteración de los reflejos posturales. En estos casos predominan la bradicinesia y la rigidez, que suelen ser de carácter simétrico. La alteración de los reflejos posturales y la presencia de sialorrea son también frecuentes. El temblor, sobre todo en reposo, aparece con menor frecuencia, pero puede haber hasta un 50% de pacientes en los que el temblor se manifieste de forma asimétrica e incluso afectando la mandíbula, lengua y extremidades inferiores. El temblor perioral de baja frecuencia, también denominado “temblor de conejo” (*rabbit tremor*), es un signo muy característico de este tipo de parkinsonismo. Con frecuencia los enfermos combinan esta clínica con la aparición de discinesia tardía, predominantemente craneal (discinesia bucolinguomasticatoria), lo cual debe hacer sospechar el secundarismo farmacológico. Generalmente esta clínica aparece en el primer mes de tratamiento (...) La acatisia es un efecto secundario muy común y generalmente de aparición precoz. Los pacientes lo definen como una sensación subjetiva de inquietud, ansiedad y necesidad de moverse. Con frecuencia refieren clínica de piernas inquietas y una sensación interna de tensión en el cuerpo que les obliga a cambiar de una postura a otra con la intención de aliviarla. Se acompaña de signos objetivos de hiperactividad motora como incapacidad de sentarse quieto durante la entrevista, cruzar y descruzar las piernas, balancearse adelante y atrás y otros movimientos repetitivos no propositivos (...) La distonía se caracteriza por la presencia de espasmos musculares prolongados que causan movimientos repetitivos o sostenidos de carácter tensional y que determinan la aparición de posturas anómalas. Estas contracciones pueden afectar a más de un grupo muscular e incluso llegar a ser generalizadas (...) La distonía aguda secundaria a fármacos antipsicóticos suele aparecer en las primeras 48 h de la instauración de los mismos (...) Los síndromes tardíos (ST), que incluyen la discinesia y la distonía tardía, son complicaciones del tratamiento con antipsicóticos a largo plazo que con frecuencia devienen. Se caracterizan por movimientos o posturas anormales e involuntarias de determinadas zonas musculares. En el caso de la discinesia tardía, los movimientos son de tipo coreico y suelen afectar fundamentalmente la musculatura craneal en forma de movimientos bucolinguomasticatorios. En la distonía tardía, los movimientos son sostenidos y con frecuencia afectan la musculatura cervicocraneal, aunque también es frecuente la

afectación del tronco y extremidades. (Kulisevsky & Otermin, 2003: 263 ss).

La discinesia tardía (DT) puede aparecer cuando el sujeto se halla en fase de remisión de la sintomatología positiva de su esquizofrenia y supone un obstáculo añadido a su *reinserción sociolaboral*. El único remedio es retirar el antipsicótico, lo que supone un *empeoramiento* al menos transitorio de la DT (Blasco, 1995). Todos los efectos mencionados son conocidos y estudiados desde hace décadas sin que, prácticamente, haya una discusión equivalente a su iatrogenia en la nosografía psiquiátrica en relación con una solicitud consecuente de intervención bioética multidisciplinar, por lo que el discurso psiquiátrico, en forma monológica, sigue justificando de forma generalizada el uso de antipsicóticos basándose en cierta mejoría o control del delirio y las alucinaciones:

La psiquiatría ha desconocido o rechazado la condición humana de los enajenados, reconocimiento en el plano jurídico efectuado en fecha bien reciente que tarda en calar en la cultura y en las prácticas profesionales. A los enfermos mentales, en tanto no personas, no les conciernen los principios de la Ética Antrópica. (González, 2007: 189).

Las sucesivas generaciones de neurolépticos generaron esperanzas en relación con la disminución de los efectos secundarios y el aumento de la eficacia sobre la sintomatología negativa, hoy desvanecidas (Stip, 2000; Albert et al, 2008). Todavía quedaría el criterio de la *curación*, al que se tendría que sacrificar el sujeto cargado de toda esta iatrogenia según la lógica de tal discurso; pero hay que responder también negativamente a la cuestión: los casos de histórica cronicidad continúan su cronicidad histórica; para ellos no existe curación (Albert et al. 2008) ni tampoco para ellos rige el principio hipocrático: *primum non nocere*. Un 70% abandona parcial o totalmente la medicación y hasta un 40% de los que se mantienen en el cumplimiento total no obtiene ninguna mejoría, ni siquiera en la sintomatología *positiva*. Respecto de la sintomatología negativa, anhedonia, apatía, aplanamiento afectivo, etc., los psicofármacos *no actúan o lo hacen de forma iatrogénica* (Blasco et al. 1995; Belloch et al., 2000; Kulisevsky & Otermin, 2003; Albert et

al., 2008; Fuentes *et al*, 2008). Entre los efectos secundarios aun no mencionados están los problemas metabólicos, las disfunciones sexuales y el aumento de riesgo cardiovascular:

Por otra parte, tenemos que considerar que si bien los síntomas positivos son una clínica muy característica y definitoria dentro de la psicosis, no debemos olvidar que existen además otro tipo de manifestaciones sintomáticas que también suponen una importante fuente de discapacidad y de sufrimiento personal que deben ser atendidas. Me refiero a las alteraciones de las funciones cognitivas básicas (...) y la sintomatología negativa, especialmente la anhedonia, alergia y apatía que son la manifestación conductual más visual de la cronicidad en la psicosis y ante los cuales la medicación neuroléptica no solo no se muestra tan efectiva, sino que en algunos casos tiene una importante parte de responsabilidad en su producción. Si además tenemos en cuenta la variada e importante cantidad de efectos secundarios indeseables que generan, *incluso por los neurolépticos de última generación, conocidos como atípicos* y de los que se esperaba que iban a tener menos efectos secundarios de los que luego están demostrando tener y entre los que sobresalen: efectos extrapiramidales, acatisia, discinesia, trastornos de deseo y de función sexual y aumento de peso y que además en torno a un 70% de los pacientes oscilan entre una adherencia irregular y un abandono del tratamiento farmacológico. (Albert, *et al.*, 2008: 79-82) (la cursiva es nuestra).

¿En nombre de qué?

¿Cómo ocultar entonces mi impotencia, cómo escribir *paz, respeto, dignidad...* sin que me tiemblen las manos? Ellos, los gestores de la integridad, han prostituido el discurso de la vida. Ellos, que no entienden de contenidos más allá de la ficción que su interés genera e impone.

Cuando me dijeron *libertad* habían hecho de mí un recluso *de por vida*. (Reyes, 1994: "Presentación")

Los efectos descritos devienen sin control del poder psiquiátrico en un sujeto delirante –psicótico, esquizofrénico –, total o parcialmente, tras la aplicación a su organismo de la psicofarmacología antipsicótica. Si se revisa el significado de algunos de estos efectos secundarios es inevitable que seamos *moralmente* involucrados por varias preguntas, para algunas de las cuales sabemos la respuesta. Por ejemplo: ¿son el delirio

y las alucinaciones sobre los que actúan los anti-psicóticos síntomas de una enfermedad o hechos sociales perturbadores? ¿Significan el delirio y las alucinaciones un problema mayor para la salud de la persona delirante que su sometimiento a la iatrogenia descrita por la nosografía? Parece que no existe tanto un riesgo para la salud ni la vida del sujeto en el delirio psicótico, dada la variabilidad de su curso y su "cronicidad", sino que se trata más bien de una "enfermedad" de la *comunicación* solo posible en un grupo: es decir, de un hecho social sumamente molesto, una singularidad inasimilable y anticontextual; una disfuncionalidad o desadaptación peculiar de ciertos individuos... Pero resulta bioéticamente problemático tratar violentamente una disidencia, aunque esta sea biológica (Navarro, 2007). Es probable que el "loco" de una isla solitaria o de la utópica "isla de los locos" no sea un loco ni tenga conciencia alguna de locura ni de delirio, en tanto sí podrá desarrollar un tumor metastásico o una sepsis y sufrir, y morir por ello; el sujeto es un "loco", un "psicótico", cuando una sociedad así lo ha señalado realizando una *deixis* – que sólo puede ser social – de una singularidad incomprensible (Devereux, 1973; Basaglia, 1975) estéril, dessemantizada, pragmáticamente inviable y no alógica, sino *dislógica*:

Si necesito de los otros es tan sólo para que *cuente conmigo*. Contar con uno es saberse protagonista. La ficción importa --la de ambos--: la de ellos por interés, la mía por protagonismo. Sólo que el interés de mi ficción no es intercambiable por el interés de la ficción del *dador de sentido*, de aquel que por controlar la palabra ostenta el poder. (Reyes, 1994: *Sobre la soberanía s.p.*)

No tanto la salud del sujeto como la perturbación ocasionada es lo que pone el grupo bajo el control social delegado en el poder psiquiátrico. Y es una zona en que la sociedad parece requerir de altos niveles de control, distancia y ocultamiento, ya que delega su soberanía en un grupo médico y una praxis a la que luego no dedica la atención epistemológica y bioética equivalente a la de otras acciones biocientíficas; así, deviene prácticamente autocrático el ejercicio del poder psiquiátrico. En el caso de los enfermos mentales, la sociedad, incluso los intelectuales, delegan el poder y "olvidan" u omiten la supervisión de la

praxis psiquiátrica, en tanto los debates bioéticos y biojurídicos son ampliamente ocupados por la manipulación genética, el aborto, la eutanasia (Navarro, 2007) y, todo lo más – por tratarse de niños y existir al respecto cierta “sensibilidad” social, – por la ritalina para la hiperactividad con déficit atencional.

El discurso psiquiátrico puede publicar libremente y durante décadas –sin intervención bioética crítica y biojurídica– que sus antipsicóticos no curan los casos emblemáticos y seculares de cronicidad, que empeoran los síntomas negativos, el retraimiento, la soledad, institucionalización y dependencia de los sujetos sometidos a tratamiento químico; que esta intervención sobre su organismo provoca en ellos alteraciones motoras incompatibles con las relaciones humanas “normales”, sialorrea, etc., además de un posible Síndrome Neuroléptico Maligno; que el sujeto delirante en que la iatrogenia ocasionó acatisia carece incluso de la dignidad de la paz; de esa paz humana que permite sencillamente sentarse y conversar, aunque sea con el (su) doctor (Kulisevsky & Otermin, 2003; Blasco et al, 1995; Belloch et al, 2000; Stip, 2000; Albert et al, 2008):

De hecho, cabría plantearse si no son acaso las instituciones psiquiátricas (otrora “manicomios”, “loqueros”, “hospitales para locos”, etc.) y los procedimientos asistenciales de ella dependientes tan hostiles y desgastadores, y los efectos de los neurolépticos tan degradantes como para que todo ello represente un serio impedimento a la función adaptativa (social y biológica) del individuo, los grupos y las colectividades previamente diagnosticadas.” (Navarro, 2007: 585).

Todo lo anterior nos impide poder afirmar que en la praxis psiquiátrica todopoderosa la sociedad haya delegado el *bienestar* del individuo singular que se diagnosticó como “enfermo mental”, “loco”, “esquizofrénico” o “psicótico”. Analizando a partir del propio discurso psiquiátrico la ausencia señalada de riesgos indicados para la salud o la vida de los *síntomas* – delirio, alucinaciones, etc. – y teniendo en cuenta el hecho lógico de que los síndromes son clases o categorías históricas variables sin existencia en el sujeto, solo en el discurso, y la escasa eficacia, nula “normalización” y efectos secundarios que resultan de la acción médico-psiquiátrica, no se justifica *desde*

el individuo una intervención de tal magnitud sobre un organismo en esa forma colectivamente autocrática y socialmente ideológica, ante el silencio de la bioética y la biojurídica quizás bien aleccionadas y “temerosas” respecto de lo complejo y específico de su lenguaje técnico:

Que esta labor se puede plantear en los términos de si es o puede ser justa en cuanto mera posibilidad racional resulta evidente por la sencilla razón de que el pensamiento crítico puede abarcar problemas teóricos (y el problema de si algo es justo o no pertenece a esta categoría) desde la dimensión especulativa que le es propia (...) *la especificidad y complejidad del discurso psiquiátrico no obsta a que la reflexión crítica y especulativa le presente problemas y limitaciones insalvables y gravosas si las hubiere.* (Navarro, 2007: 584). (La cursiva es nuestra).

Intervenciones cognitivo-conductuales y psicofisiológicas

En los modelos conductuales, los síntomas psiquiátricos no son la manifestación de trastornos ocultos, sino casos de comportamiento inadaptado aprendido que es posible modificar en un sentido funcional o socialmente válido utilizando adecuadas técnicas de condicionamiento (Capra, 1992: 92).

En el siglo pasado, bajo la influencia de Watson, las tres primeras décadas de “conductismo clásico” se fundamentaron en una dura confrontación con la *introspección*. En la década de los cincuenta, la influencia de Clark Hull y su principio del *refuerzo* decayeron en favor del *condicionamiento operante* de B.F. Skinner, diferenciado del proceso de Pavlov en que el refuerzo ocurre después de que el animal realiza una acción que ha sido previamente determinada. El *comportamiento operante* está condicionado por la historia pasada del individuo, no por estímulos directos (93). En los años 80 y 90 se realizaron estudios experimentales con metodologías de caso único o de comparación de grupos, basados sobre todo en las aportaciones de Chadwick, Birchwood y Trower (1996), pero ni los avances teóricos ni las psicoterapias cognitivas o conductuales han obtenido aún la curación de los sujetos psicóticos, a pesar del reconocimiento de algunos resultados parciales (Perona & Cuevas, 2002: 26).

Específicamente, en la terapia cognitivo-conductual el abordaje actual se realiza: 1) sobre las evidencias de las creencias delirantes, 2) en la disputa verbal sobre su coherencia interna, 3) en la formulación de una nueva conceptualización de los síntomas. El objetivo es la colaboración, no la confrontación con el sujeto, por lo que la estrategia radica en que la discusión se realice sobre las *evidencias* aportadas, no sobre el *delirio* en sí; la colaboración implica contar con el paciente para la elaboración acordada de una *prueba de realidad* en la que se establece qué acciones comprobarán empíricamente la veracidad o no de las creencias delirantes. La llamada “disputa verbal”, primer componente de la intervención, se orienta a mover al sujeto hacia la consideración de la creencia delirante como una interpretación *entre otras posibles*, lo que posibilita a su vez el establecimiento de las circunstancias empíricas de verificación (Ib.).

La *rehabilitación cognitivo-conductual* tiene por objeto ayudar al sujeto psicótico a reintegrarse en la comunidad, por lo que exige, además de la intervención individualizada sobre el paciente, una intervención ineludible sobre el entorno, fundamentalmente consistente en *psicoeducación familiar* y creación de un *soporte social*: Terapia de Aceptación y Compromiso (López, 2003). En realidad, no existe un modelo de enfermedad sobre el que se fundamenten estas técnicas diversas. En un estudio de caso único sobre un paciente psicótico de 35 años de edad, Perona y Cuevas (2002) establecieron las fases de la intervención en la forma siguiente: Fase 1: Entrevista y establecimiento de *rapport*. Fase 2: Reunión de datos relevantes sobre las creencias delirantes y evidencias que las apoyan. Establecimiento de registros y escalas para la medición cuantitativa de estas creencias. Fases 3 y 4, disputa verbal sobre interpretaciones posibles y prueba de realidad acordada en relación con la comprobación empírica, respectivamente. Se podrían así dividir los tipos de intervención cognitivo-conductuales, en la práctica, entre las orientadas al tratamiento de los *síntomas* y las que persiguen objetivos más amplios y de *integración social* del sujeto (Ib.). Tradicionalmente, la intervención cognitivo-conductual comprende, en general, fases de valoración, identificación de

problemas, intervención y prevención de recaídas, pero la metodología es tan diversa que resulta utópica, prácticamente, su evaluación. En este sentido, se puede consultar un meta-análisis de los logros de la terapia cognitivo-conductual en el estudio de Rector y Beck (2001) y la revisión de Dickerson del 2004 (García, 2008:13).

La documentación sobre funciones cognitivas alteradas en la esquizofrenia es considerable, y se refiere fundamentalmente a procesos atencionales, destrezas perceptuales complejas, razonamiento abstracto, flexibilidad cognitiva, etc. Algunos de estos rasgos diferenciales son utilizados actualmente como marcadores de riesgo fenotípico en la investigación genética, teniendo en cuenta, sin embargo, que hay consenso sobre la diferente patofisiología, curso y respuesta a los diferentes tratamientos en los diferentes sujetos psicóticos (Higuera & Sagastagoitia, 2006). La resignación tradicional de la rehabilitación situó los déficits en un lugar secundario respecto de los problemas funcionales y consideró escasas las posibilidades de recuperación del sujeto, por lo que las acciones se dirigían más a la compensación que a la restitución. No obstante, los últimos avances en el campo de la *neuroplasticidad* cerebral sugieren la posibilidad de restauración del funcionamiento de zonas concretas del cerebro asociadas a tareas de aprendizaje que se vinculan con el uso de aquellas. La medición de la función hereda técnicas biomédicas objetivas como la Resonancia Magnética Frontal (Ib.: 248 ss).

La reciente neuropsicología afirma la existencia de módulos cerebrales específicos que se ocupan de tipos concretos de información, en tradición que se remonta a Broca y Wernicke. La comprobación de áreas modulares ha provenido del conocimiento de la estructuración en columnas de zonas perceptivas y motoras primarias de la corteza, estructura que no se encuentra en las zonas corticales asociativas (Vargas, 2007). Cualquier proceso mental hace intervenir áreas a lo largo de todo el cerebro. En respuesta a la experiencia individual ocurre la modulación sináptica simultánea de neuronas que denominamos *cognitis*. Una asignación irregular de relevancia a los contenidos podría ocasionar formaciones aberrantes mediadas por *dopamina* (Vargas, 2007: 130).

Los modelos de rehabilitación cognitivo-conductual han evolucionado desde la aplicación de técnicas de condicionamiento operante (Attention Process Training) a las que integran también, tras el entrenamiento cognitivo, la cognición social (Cognitive Enhancement Therapy, Integrated Psychological Therapy, etc.) o a las que se esfuerzan fundamentalmente en la decodificación afectiva del gesto (Training of Affect Recognition), pero los más recientes tratamientos no se ocupan de procesos cognitivos básicos, sino de su gestión metacognitiva: “*Metacognición* es todo conocimiento o proceso cognitivo que se refiere a supervisar o controlar cualquier aspecto de la cognición. Conocimiento metacognitivo es la información que poseen los individuos acerca de su propia cognición o de la cognición en general.” (Vargas, 2007: 132). Un ejemplo de este enfoque es la Terapia de Recuperación Cognitiva, que intenta el reconocimiento por parte del paciente de sus propias “fortalezas y debilidades”, y destaca el aprendizaje como experiencia de refuerzo por sí misma (Ib.).

En el 2006, Turkington y cols. resumieron las etapas de la terapia cognitivo-conductual en las siguientes: 1) Desarrollo de una *alianza terapéutica* basada en la perspectiva del paciente. 2) Desarrollo de *explicaciones alternativas* a los síntomas. 3) Reducción del impacto de los *síntomas* positivos y negativos. 4) Establecimiento de alternativas al *modelo* médico. También Chadwick (2006), avanzando aún más, describe una intervención cognitivo-conductual basada en la *persona*, y en la que la *relación terapéutica* sea protagónica y orientada a la consecución de un *insight metacognitivo* que conceptualice el estrés y articule los procesos de transformación y dinamismo del yo -Zone of Proximal Development-, basándose parcialmente en los estudios de Vygotsky sobre el desarrollo infantil (García, 2008).

No obstante, es frecuente que los déficits cognitivos no mejoren, o muy poco, a pesar de la intervención (De la Higuera, 2006). Resulta de interés constatar una progresiva aproximación de la rehabilitación cognitivo-conductual, con su énfasis actual en la *motivación* del sujeto, a las perspectivas psicodinámicas. El objetivo planteado es el de mejorar las estrategias de control *metacognitivo*, para lo que resulta esencial

considerar la afectividad y la motivación en el paciente. Un ejemplo de la orientación metacognitiva, la Terapia de Recuperación Cognitiva, utiliza el conocimiento metacognitivo para una mejor comprensión por parte del sujeto psicótico de sus “fortalezas y debilidades”, destacando la experiencia del *aprendizaje* en el proceso por su carácter de *refuerzo*. Las actuales perspectivas se relacionan también con los sistemas artificiales de información y el tránsito de estos sistemas a los modelos biológicos y psicopatológicos -diálogo para el que se precisa de la elaboración o uso de un lenguaje común entre clínicos e informáticos-, y por la utilización de los sistemas basados en redes neuronales, cambios objetivables por neuroimagen y análisis no lineal de la señal electroencefalográfica, entre otros (Vargas, 2007: 132-133).

Conclusiones: cesión social, indiferencia epistemológica y vacío biojurídico

Reiterado hasta la saciedad el mensaje nosográfico respecto de la sintomatología negativa: la nula incidencia de los *neurolépticos* en la zona, precisamente, de *sufrimiento social* del paciente, la cronicidad fásica de los síntomas positivos, la iatrogenia grave, la no curación, etc., por el solo motivo de suprimir alucinaciones y delirios que, como cualquier conducta insistente, reiterativa, provoca malestar social, sin duda, repetimos no queda justificada *desde el individuo* una praxis iatrógena *sin supervisión bioética y biojurídica*: “Una razón legítima para rechazar un tratamiento puede ser una experiencia dolorosa con tratamientos en el pasado, por ejemplo, los graves efectos secundarios producidos por medicamentos psicotrópicos” (Unidad de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial, 2005: 50). Es decir, resulta difícil no afirmar que estamos justificando *socialmente* la iatrogenia sobre el enfermo mental: “Cuando se representa a dichos pacientes para la toma de decisiones, el médico debe asegurarse que los pacientes sean realmente un peligro, y no solo una molestia, para otros o para ellos mismos” (*Id.*), criterio este – la “*peligrosidad a juicio de*” – cuanto menos problemático en relación con la licencia para la administración de químicos, o abiertamente

en contra de lo explícitamente señalado como obligación bioética científica por los principios de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (19 de octubre del 2005).

No es posible identificar la ética médica con una bioética de su praxis (Washburn, 2008). Una supervisión exhaustiva de cada paso de una diagnosis, del diagnóstico, tratamiento, seguimiento, prevención, etc., del quehacer psiquiátrico puede arrojar un resultado estéril, impecable en la deontología gremial y, no obstante, la reflexión bioética sobre la misma acción médica puede ser desoladora. El cumplimiento riguroso del protocolo *histórico* es prácticamente marginal e incluso objeto de reflexión crítica para una bioética de la psiquiatría:

En el ejercicio de la práctica médica la atención no se pone tanto en la reflexión crítica de los valores epistemológicos y paradigmas desde los que se interpreta sino, antes bien, en su reproducción y ejemplar asimilación. Tal vez esta limitación no es de reseñar cuando se prescriben unas vitaminas o unos antibióticos pero sí se nos representa de una ostensible importancia cuando lo que se diagnostica es una enfermedad mental y lo que se prescribe es un determinado neuroléptico.” (Navarro, 2007: 583).

El tradicional *primum nos nocere* se ha sustituido en la Declaración de Ginebra por un “velar ante todo por la salud de mi paciente” (Asociación Médica Mundial, 2005) que, en el caso de la salud de los llamados “enfermos mentales” se comprende de forma notoriamente laxa:

¿Cómo se manifiesta el paciente psicótico cuando los psicofármacos *ocultan* los síntomas? Si la psicosis es esquizofrénica y deteriorante, se manifestará *con su deterioro más la inhibición propia de la medicación*. En cualquier caso, tenemos que partir de la base de que casi ningún paciente acepta de entrada bien la medicación, puesto que rápidamente se manifiestan sus efectos colaterales de *inhibición de sus capacidades, digan lo que digan las multinacionales farmacéuticas*. (Albert et al. 2008: 82) (La cursiva es nuestra).

En el caso de la “enfermedad” o “trastorno mental”, una *bioética crítica* puede – quizás debe – entrar en conflicto radical con la *ética médica*, psiquiátrica en este caso. Una forma muy directa y extrema de la protesta bioética respecto de la praxis psiquiátrica ha sido expresada, una vez más, por Navarro:

¿Es la reflexión en torno a los medios y los fines de la psiquiatría en tanto disciplina y práctica médicas uno de los grandes retos de la bioética futura? ¿Podría una bioética crítica ocasionar justificadamente el desmoronamiento de la psiquiatría como saber y como práctica? Pues, al cabo, ¿no habría de ser la misión de la bioética repensar los fundamentos y fines de la medicina? ¿Y por qué habría de ser tan importante esta cuestión para las sociedades del siglo XXI?” (2007: 582).

Indicábamos al inicio que sobre esta reflexión bioética existe la necesidad de participación de una biojurídica que establezca un marco de ejecución y supervisión de decisiones normadas:

El discurso bioético resulta insuficiente para proteger los derechos fundamentales al aplicar los avances científicos a los seres humanos. La biojurídica, nueva rama del Derecho, ha surgido para establecer un cauce jurídico que impida sobrepasar unos límites y garantizar el respeto a la dignidad y a los derechos del hombre. Esta nueva disciplina interpela al hombre, que es el único sujeto de la ley moral y solamente su vida constituye un principio ordenador del Derecho, cuyas leyes se promulgan para obtener la protección efectiva de la vida y de los derechos humanos. La biojurídica, con el auxilio de la bioética, obtiene las claves para interpretar los datos empíricos que aportan los avances científicos. (Vila-Coro, 2005: 313-321).

Es una cuestión de interés filosófico esencial comprender como la práctica exclusión de la iatrogenia de los psicotrópicos del debate bioético se relaciona esencialmente con la alienación originaria de lo delirante respecto del *logos*, de manera tal que cualquier consideración deviene una *racionalización*. Incluso en el debate bioético multidisciplinar resulta difícil encontrar un análisis en profundidad y críticamente consecuente sobre la praxis psicotrópica, de ahí la forma urgente en que Navarro expresa su llamada de atención sobre el grave debate bioético silenciado: “Es menester reparar en el hecho de que los psicofármacos y los fundamentos teóricos de la psiquiatría habrían de representar para una bioética crítica un dilema moral tan profundo y complejo como el de la clonación genética o la reproducción asistida.” (2007: 584). La mayor parte de las veces, la discusión sobre la iatrogenia es narrada en el propio discurso neuropsiquiátrico sin abandonar el distante *tono epistémico*, y en otros trabajos se alude en forma ideológica a la posibilidad de que los “efectos de

la medicalización” sean considerados un tema deontológico (Washburn, 2008). La hermenéutica bioética aplicada por Navarro (2007) a la acción química psiquiátrica sobre determinados enfermos mentales es un hallazgo intelectual excepcional por el enfoque, profundidad del análisis y alcance de la crítica. El *Manual de Ética Médica* de la Asociación Médica Mundial (2005) contempla, por ejemplo, el derecho al “consentimiento informado” expresamente en este grupo de pacientes, pero, a partir de una situación que se considere de “incapacidad”, se restituye la decisión a la secular figura de un “representante” legalmente designado que, en último lugar, será el psiquiatra; este no tendrá en cuenta criterios de “molestia” social, sino de posible “peligrosidad” personal o social (AMM, 2005: 50), lo que, al parecer, habremos de tomar como equivalente en estos casos del criterio prioritario de “salud” de la Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial (1948) y al del “beneficio y bien del enfermo” del Juramento Hipocrático:

Es misión del médico salvaguardar la salud de las personas (...) La declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico a la aseveración: “La salud de mi paciente será mi empeño principal”, y el Código Internacional de Ética Médica declara que “cuando un médico proporcione una asistencia médica que pudiera tener un efecto de debilitamiento del estado físico y mental del paciente el médico deberá actuar únicamente en interés del paciente. (Asamblea Médica Mundial, 1989).

Navarro (2007) se pregunta si no se convierte así la praxis psiquiátrica en una forma de control social de los comportamientos desadaptativos o disfuncionales, castigando la comunidad a través del poder psiquiátrico la no reproducción y asimilación de determinadas pautas comportamentales: “ideas, creencias, contenidos de conciencia (yo, identidad, realidad, mundo externo, mente propia, etc.)”. La distinción entre salud y enfermedad mental podría estar fundada en una “autoprescripción científica”:

(...) la autoprescripción científica de intervenir con cuantas técnicas existiesen o hubieran de idearse con objeto de maximizar las garantías de adaptación de los individuos con aptitudes suficientemente óptimas como para alcanzar la consecución de tal fin, y mermar, por el contrario, las posibilidades

de libre intervención y participación en el seno de la sociedad de aquellos individuos, grupos y/o colectividades diagnosticadas, a tal punto desfavorablemente. (Navarro, 2007: 584)

Pero téngase en cuenta, hace notar la autora, que esta posición o criterio de adaptación o inadaptación biológica para la aplicación de antipsicóticos nos deja a un paso de ese principio que permite u obliga (“deber”) a intervenir con todos los medios técnicos al alcance de la ciencia en la “selección, generación y reproducción del hombre” (585) y, en todo caso, a justificar por qué el principio se aplica sin discusión bioética en el caso de los pacientes denominados psicóticos. La definición de “normalidad” en forma evolutiva deviene, en realidad, elusión ideológica de la reflexión “ética, filosófica y política” respecto del problema bioético planteado.

La revisión epistémica no se realiza en el discurso psicopatológico y psiquiátrico de forma que alcance también consecuencias gnoseológicas y ontológicas con respecto a la práctica clínica. La desorientación nosológica no detiene en forma correspondiente el ejercicio clínico, o este no se pone en correspondencia con el verdadero nivel epistémico deficitario en la explicación y la comprensión etiológica, diagnóstica, pronóstica y tratamental de las psicosis, sino que la praxis se realiza sobre un vacío gnoseológico que no se oculta en la nosografía. Esta es una primera cuestión moral que podría ser delimitada, o debería serlo, por la ética médica, aunque también por la bioética si el planteamiento no significa aquí el origen de las consecuencias prácticas coherentes. Por otra parte, sin conocimiento etiológico, evolutivo, etc., la aplicación de drogas psicotrópicas deviene una práctica ya de por sí moralmente cuestionable cuando no hay curación o la mejoría está tan restringida a ciertos síntomas que no se justifican los efectos secundarios – llamados también “indeseables” – derivados de su uso, e incluso cabe discusión sobre si tales síntomas *positivos* que se alegan como justificación de la intervención son un problema de salud para el sujeto delirante o un “problema” social causado por una singularidad o “desadaptación”.

El problema *epistemológico* es complejo y de interés lógico en relación con las “clases” o “conjuntos” sindrómicos (CIE-10, DSM-IV), en

los que parece que cada “cuervo negro” confirma el diagnóstico tautológico y los “cuervos no-negros” no inciden en la permanencia categórica sino como “hechos” epistemológicamente ignorados por la tautología o síndrome. El problema bioético se vuelve crucial ante la evidencia *clínica* de fracaso curativo, iatrogenia e incapacidad – a veces indignidad – en la condición humana resultante. De momento, y en tanto persistan el ocultamiento social, la exclusión del debate y el vacío biojurídico, pensamos que es posible concluir con Navarro (2007: 585-586) sobre la adopción de una mínima *pragmática* de urgencia bioética basada en los siguientes puntos de partida, que podrían no requerir discusión inicial:

1. La psiquiatría es una ciencia que puede ser analizada desde el punto de vista de su presunta moralidad como actividad que se desarrolla en el seno de una sociedad y desde el punto de vista de la práctica psiquiátrica en tanto empresa social cuyos principios y fundamentos científicos, en cuanto disciplina teórica y práctica clínica, tienen consecuencias sobre individuos aislados, grupos y, finalmente, colectividades.
2. No es necesario especular sobre si esta ciencia tiene consecuencias o no sobre su objeto de estudio, ya que, en términos generales, ésta se define por el estudio, manipulación, condicionamiento y/o intervención sobre el individuo o paciente con diversas técnicas, a veces previo internamiento.
3. En caso de que existan, se debería indagar qué métodos y desde que principios habrían de describirse las condiciones de falsación desde las cuales fijar y establecer el cumplimiento de sus objetivos morales en el seno de la sociedad; siendo insuficiente la constatación del retorno al seno de la sociedad, pues eso no da garantía de una rehabilitación exitosa... Da prueba de ello la reincidencia en las hospitalizaciones.
4. Caso de que existan, deberían enumerarse, igualmente, las condiciones que invalidarían el presunto objetivo moral de la psiquiatría como ciencia y práctica científicas.
5. Es necesario precisar si rige para dicha ciencia el mismo marco jurídico que para el resto

de las ciencias de la salud, teniendo en cuenta que su objeto de estudio es el psiquismo del hombre ya sea individualmente o colectivamente en internamiento y, consiguientemente, considerado este objeto de estudio en un sentido tan amplio como para abarcar: su corporeidad, su voluntad, su moralidad, su percepción de la realidad, su identidad, etc.

6. Dicha ciencia puede desarrollar determinados objetivos morales en el seno de una sociedad si, y solo si, cuenta con una definición de “salud”, “enfermedad” y “bien moral” con funciones normativas, esto es, en relación con un marco jurídico regulador y sancionador.

El problema epistemológico de la circularidad epistémica y el fracaso curativo quizás nos hacen tener en cuenta la posibilidad de un paradigma alternativo no cartesiano, no newtoniano (Capra, 1992; Bhom, 2002), abandonando el concepto de tiempo y espacio absolutos, el concepto de fuerzas distintas de la materia, el concepto de leyes elementales cuantitativas, el concepto de determinismo riguroso, la distinción cartesiana (Capra, 1992: 95), desarrollando la incertidumbre.

Notas

1. Sobre la exclusión o no de la locura del Cogito en la polémica Foucault-Derrida. Se pueden consultar Fortanet (2008) o Campillo (1995).
2. “Como muchos otros lingüistas, emplearé el término ‘discurso’ para referirme primordialmente al uso lingüístico hablado o escrito, aunque al mismo tiempo me gustaría ampliarlo para incluir las prácticas semióticas en otras modalidades semióticas como la fotografía y la comunicación no-verbal (e.g. gestual). Pero al referirme al uso lingüístico como discurso, estoy señalando un deseo de investigarlo como una forma de práctica social, con una orientación informada por la teoría social. Considerar el uso lingüístico como una práctica social implica, en primer lugar, que es un modo de acción (Austin, 1962; Levinson, 1983) situado histórica y socialmente, en una relación dialéctica con otros aspectos de ‘lo social’ (su ‘contexto social’) ‘que está configurado socialmente, pero también, que es constitutivo de lo social, en tanto contribuye a configurar lo social-’ (Fairclough, 2008: 172).
3. Tesis básica de la Antipsiquiatría: “El destino de la “revolución” (pues como tal ha sido calificada por

algunos) antipsiquiátrica ha sufrido diversos altibajos en lo que a su influencia y relevancia se refiere, y el análisis de este movimiento médico cultural resulta más acertado debido ya a una cierta distancia histórica. La popularidad de las ideas antipsiquiátricas decayó a partir de los años 70, por la desaparición de la Contracultura que la vio nacer, el desinterés en políticas marxistas y anarquistas con que se relacionó, y el lastre del malestar inicial por sus críticas al sistema psiquiátrico, enfocado en los años 60 hacia un estudio biológico de la etiología de la esquizofrenia. Del rechazo de muchas de estas ideas, unido a la denostación de la figura de R.D. Laing (como máxima figura de este movimiento en la imaginería popular) en los últimos años de su vida, se ha pasado ahora a una reevaluación de esta corriente en todo lo que de positivo aportó al campo del estudio de las psicosis. Muchos de sus postulados, como la importancia del entorno social en el desarrollo de la enfermedad, han atemperado las interpretaciones duras de la esquizofrenia que se manejaron en su momento.” (Méndez, 2003: 30-31)

4. Organización Mundial de la Salud (CIE-10) y Asociación de Psiquiatras Americanos (APA): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4ª edic. (DSM-IV-Texto Revisado). La décima revisión de la *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud* (CIE- 10), llevada a cabo por la OMS, se publicó en 1992. (APA, 2000).
5. Los criterios cuentan con extensa refutación, fundamentalmente basada en la existencia de los mismos procesos en sujetos considerados “normales”; a modo de ejemplo, y en relación con el criterio de *falsa creencia*: “Autores clásicos Clérembault, 1942; Kraft-Ebing, 1893) ya cuestionaron nociones como la falsedad, como criterio definitorio del síntoma delirante, desde un debate más puramente filosófico. Recientemente, se han llevado a cabo estudios metodológicos para acatar el problema de la falsedad de la idea delirante con ideas inverificables aceptadas como racionales (ej.: creencias religiosas, supersticiones, etc.) (Peters, Joseph y Garety, 1996). Este criterio fue cuestionado por Spitzer (1990) que negó la relevancia de la veracidad de una creencia a la hora de valorar si ésta es o no delirante () pues está demostrado que el pensamiento de las personas normales está repleto de sesgos, distorsiones, creencias irracionales (Vázquez, 1995) e incluso cabe la posibilidad de que estas características distorsionantes (Vázquez, 1995) e incluso cabe la posibilidad de que estas características sean *intrínsecas* al pensamiento sano (Avia y Vázquez, 1998).” (Díez-Alegría *et al.* 2001: 53 ss). En el mismo sentido, Fuentenebro (2007); Belloch *et al.* (2000) se preguntan si este síntoma “paradigmático” no sea, en realidad, *inespecífico*.
6. En 1978, Premack y Wodruff definieron la *teoría de la mente* (ToM) como una capacidad cognitiva que posibilita la representación de los estados mentales propios y ajenos, y que permite comprender y predecir así las conductas presentes y futuras. La *empatía* resultaría de una secuencia constante de abducciones peirceanas que también se ha denominado *capacidad de mentalización* o *conciencia-reflexiva* (López Araquistán, 2008: 240 SS).
7. Los neurolépticos bloquean receptores dopaminérgicos. Según su estructura química se clasifican en tricíclicos (fenotiacinas, tioxantenos, dibenzodiacepinas), derivados butrofenonas (ej. Haloperidol), derivados difenil-butil-piperidina, benzamidas sustituidas y derivados benzisoxasol (Risperidona). Desde el punto de vista clínico en clásicos y atípicos.
8. Sobre el llamado Síndrome Neuroléptico Maligno (SNM) se puede consultar Viejo (1995).
9. Se puede consultar al respecto Viejo (1995).
10. Nótese que el criterio que se tiene en cuenta para la toma de decisiones cuando recae en el médico es el de “peligrosidad como posibilidad” a criterio médico, y lo que significaría que este actuara como criterio para el resto de la sociedad, al margen de su difícil evaluación.
11. “Teniendo presente también que la identidad de una persona comprende dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales () Convencida de que la sensibilidad moral y la reflexión ética deberían ser parte integrante del proceso de desarrollo científico y tecnológico y de que la bioética debería desempeñar un papel predominante en las decisiones que han de tomarse ante los problemas que suscita ese desarrollo () (UNESCO, 2005, *Preámbulo*). *Objetivos*. Artículo 2. c) promover el respeto de la dignidad humana y proteger los derechos humanos () e) fomentar un diálogo multidisciplinario y pluralista sobre las cuestiones de bioética () *Principios*. Artículo 3 (2) Los intereses y el bienestar de la persona deberían tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad. Artículo 4 () y se deberían reducir al máximo los posibles efectos nocivos para dichas personas () Artículo 7 () se habrá de conceder protección especial a las personas que carecen de la capacidad de dar su consentimiento” (UNESCO, 2005: 2-10).
12. Para un análisis conceptual detallado de las diferencias y convergencias entre ética aplicada, ética profesional y bioética se puede consultar Washburn (2008).
13. Vila-Coro, de la Cátedra de Bioética y Biojurídica de la UNESCO, indica: “La bioética se ha definido como la parte de la ética que se refiere a los progresos de las ciencias biomédicas ante problemas nuevos, o antiguos modificados por las nuevas tecnologías. Se ha definido también, como la reflexión ética sobre las cuestiones

que propone el progreso biomédico () No hay una bioética global en la que haya que integrar a todos los seres vivos; estos pertenecen a otra ciencia que se rige por leyes distintas a la ética, que es la ecología () La bioética es una ciencia secular y multidisciplinar, que constituye una aproximación a la realidad bio-médica con el auxilio de otras disciplinas: La ciencia básica le da a conocer la realidad sobre la que va a investigar; el significado de los conceptos científicos () Se sirve de la ética y de la lógica para pensar con rigor y que el razonamiento sea correcto, el análisis riguroso, ordenado y coherente; se adentra en el campo de la antropología hará contemplar al ser humano en sus aspectos físicos, sociales y culturales.” (2005: 315-316).

14. Adoptada por la 2ª Asamblea General de la A.M.M. en Ginebra, Suiza, en septiembre de 1948 y enmendada por la 22ª Asamblea Médica Mundial Sídney, Australia, agosto 1986 y la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre 1983 y la 46ª Asamblea General de la AMM Estocolmo, Suecia, septiembre 1994 y revisada en su redacción por la 170ª Sesión del Consejo Divonne-les-Bains, Francia, mayo 2005, y por la 173ª Sesión del Consejo, Divonne-les-Bains, Francia, mayo 2006.
15. Desde la perspectiva del Análisis Crítico del Discurso, define Van Dijk (2008): “Las ideologías son marcos básicos de cognición social, son compartidas por miembros de grupos sociales, están constituidas por selecciones de valores socioculturales relevantes, y se organizan mediante esquemas ideológicos que representan la autodefinición de un grupo. Además de su función social de sostener los intereses de los grupos, las ideologías tienen la función cognitiva de organizar las representaciones (actitudes, conocimientos) sociales del grupo, y así monitorizar indirectamente las prácticas sociales grupales, y por lo tanto también el texto y el habla de sus miembros.” (208). “las ideologías se producen y se reproducen socialmente sobre todo mediante formas concretas en los textos, y en las interacciones comunicativas entre los actores sociales, en tanto que miembros grupales”. (203)

Referencias bibliográficas

- Albert, J., J.L. Belinchon, I. Navarro y O. Vallina. (2008). La psicosis: Medicación ¿y qué más? *Informaciones psicológicas*, 93: 77-90.
- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4ª edic. (DSM-IV-Texto Revisado). Washington, DC: APA, en: http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv/dsmiv_int.html, 20 de enero del 2010.
- Asamblea Médica Mundial. (1989). *Anexo a la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial*. Hong Kong, septiembre de 1989, en: http://www.isciii.es/htdocs/terapia/documentos/Declaracion_de_Helsinki.pdf, 23 de enero del 2010.
- Basaglia, et al. (1975). *Psiquiatría, Antipsiquiatría y orden manicomial*. Barcelona: Barral.
- Belloch, A., B. Sandín., y F. Ramos, F. (2000). *Manual de Psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España.
- Berrios, G.E., R. Luque, R. y J.M. Villagrán. (2003). Schizophrenia: A conceptual History. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3 (2): 111-140.
- Blasco, P. (1995). Prevalencia de movimientos anormales (discinesias tardías) entre pacientes tratados con neurolépticos. *Farm Hosp*, 19 (6): 355-361.
- Bohm, D. (2002). *La totalidad y el orden implicado* (4ª. Edic.). Barcelona: Kairós.
- Campillo, A. (1995). Foucault y Derrida: historia de un debate -sobre la historia. *Daimon*, 11: 59-82.
- Capra, F. (1992). *El punto crucial*. Buenos Aires: Troquel.
- Chesterton, G.K. (1998). *Ortodoxia*. Buenos Aires, Porrúa.
- Colina, F. (2002). Actualidad hermenéutica de la psicosis. *Frenia*, 2 (2): 109-119.
- De la Higuera, J., E. Sagastagoitia. (2006). Rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia: estado actual y perspectivas futuras. *Apuntes de psicología*. Vol. 24 (1-3): 245-266.

- Devereux, G. 1973. *Ensayos de Etnopsiquiatría General*. Barcelona: Barral.
- Díez-Alegría, C., M. Nieto y C. Vázquez. (2001). Estudio del delirio desde una perspectiva cognitiva: una revisión de modelos teóricos. *Psicopatología clínica, legal y forense*, 1(1): 51-65.
- Díez-Alegría, C. y C. Vázquez. (2006). Teorías cognitivas de las creencias delirantes. *Apuntes de Psicología*, 24: 51-82.
- Fairclough, N. (2008). El análisis crítico del discurso y la mercantilización del discurso público: las universidades. *Discurso & Sociedad*, 2 (1):170-185.
- Fortanet, J. (2008). En torno a la 'Historia de la locura'; la polémica Foucault-Derrida. *Observaciones filosóficas*, 6, en <http://www.observacionesfilosoficas.net/entornoalahistoria.html>, 22 de enero del 2010.
- Foucault, M. (2002). *Historia de la locura en la época clásica*. 2 Vols. (2ª edic., 6º reimpr.). Madrid: Siglo XXI.
- Fuentenebro, F. C. Valiente, C. Díez-Alegría, y M. Nieto. (2007). Psicopatología de la psicosis: Delirio. *Informaciones psiquiátricas*, III trimestre, nº189, file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Mis%20documentos/DELIRIO/03_189_09.htm, 8 de enero del 2010.
- Fuentes, I., J.C. Ruiz, S. García, M.J. Soler, y C. Dasi. (2008). Esquizofrenia: déficit en cognición social y programas de intervención. *Informaciones psicológicas*, 93: 53-65.
- García, I. (2008). Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. 28 (101): 9-25.
- García, J.M., y M. Pérez. (2003). Reivindicación de la persona en la esquizofrenia, *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3 (1): 107-122.
- García, J.M., M. Pérez y R. Fernández. (2007). Refundar la terapia de conducta: Una propuesta desde la terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*. Vol. 7 (1): 17-32.
- González, O. (2007). Ética y psiquiatría: Una relación controvertida. *Portularia: Revista de Trabajo Social*. 7 (1-2): 189-202.
- Jaspers, K. (1993). *Psicopatología general*. México: FCE. (Orig. 1913).
- Kulisevsky, J., y P. Otermin. (2003). Antipsicóticos y efectos extrapiramidales. *Neurología*, 18 (5): 262-268.
- Llopis, R. (2003). La bioética como tercera cultura. Un análisis desde la sociología de la ciencia. *Cuadernos de Bioética*, 2 (3): 217-227.
- López, B. (2000). *Rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia. Aplicación al APT (Attention Process Training)*. Tesis doctoral dirigida por Carmelo Vásquez. Universidad Complutense de Madrid. Madrid: EUCM.
- López-Araquistán, L. (2008). Teoría de la mente en la esquizofrenia. *Informaciones psiquiátricas*, III Trimestre, 193: 239-248.
- Méndez, C. (2003). *Retórica de la esquizofrenia en los epígonos del Modernismo*. Memoria para optar al grado de Doctor. Departamento de Filología Inglesa II. Facultad de Filología. Universidad Complutense de Madrid.
- Navarro, M. (2007). Crítica a la psiquiatría clínica desde una hermenéutica bioética. *Arbor*, 726: 581-597.

- Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura (UNESCO). (2005). *Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos* (19 de octubre del 2005), en: [<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001428/142825s.pdf#page=85>], 20 de enero del 2010.
- Organización Mundial de la Salud. 1992. *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud* (CIE-10), en: http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/cie_10/cie10_indice.html, 20 de enero del 2010.
- Pérez, M. y J.M. García. (2006). Entendimiento filosófico de la esquizofrenia. *Apuntes de Psicología*, 24 (1-3): 11-29.
- Perona, S. y C. Yuste. (2002). Aplicación de la terapia cognitivo-conductual sobre las ideas delirantes y las alucinaciones en un sujeto con el diagnóstico de esquizofrenia. *Psicothema*, Vol. 14 (1): 26-33.
- Reyes, R. (1994). *Los papeles del silencio*. Madrid: Ediciones Libertarias. [<http://www.ucm.es/info/eurotheo/silencio/01.htm>], 20 de diciembre del 2009.
- Sasz, T.S. (1974). *The Myth of Mental Illness*, 2nd edition. New York: Harper & Row.
- Stip, E. (2000). Antipsicóticos nuevos: Temas y controversias. Tipicidad de los antipsicóticos atípicos. *Revista de Psiquiatría de Uruguay*, 65 (1): 70-91.
- Unidad de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial. (2005). *Manual de Ética Médica*. [<http://www.bioeticanet.info/relacion/AMMmanual.pdf>], 23 de enero del 2010.
- Van Dijk, Teun. A. (2008). Semántica del discurso e ideología. *Discurso y sociedad*, 2 (1): 201-261.
- Vargas, M. (2007). Rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia: rehabilitación orientada a cognitis. *Cuadernos de psiquiatría*. Vol. 7 (2): 127-134.
- Vila-Coro, M.D. (2005). El marco jurídico en la bioética. *Cuadernos de bioética*, 16 (58): 313-322.
- Viejo, I.F. (1995). *Síndrome neuroléptico maligno. Análisis y seguimiento de 21 episodios*. Tesis para la obtención del grado de Doctor. Departamento de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid.
- Washburn, J. (2008). ¿Es la bioética una nueva ética médica? *Azafea*, 10: 33-49.