

## Artículos

- [Introducción](#)
- [Medicina Basada en Evidencias](#)
- [Medicina Basada en Narrativas](#)
- [Conclusiones](#)
- [Referencias Bibliográficas](#)

Héctor Hueso Holgado

**Psiquiatría****La necesaria subjetividad de la psiquiatría basada tanto en evidencias como en narrativas**

Fecha de recepción: 28/02/2007

Fecha de aceptación: 23/03/2007

Un paradigma de la medicina y la psiquiatría actual es lo que se ha dado en llamar la “medicina basada en pruebas” (MBE) o “evidence based medicine”, que para muchos es la única práctica objetiva y científica. Sin embargo, un número creciente de profesionales reclama la importancia de la subjetividad inherente al ser humano y de la denominada “medicina basada en narrativas” (MBN) o “narrative based medicine”. En este artículo se plantea que el conflicto entre ambas formas de ver la medicina es también producto de los patrones de pensamiento dual tempranamente adquiridos en el desarrollo. Además, se reivindica la ineludible subjetividad que acompaña a la ciencia en general y por ello tanto a la psiquiatría basada en narrativas como a la basada en evidencias. Ambas tienen que buscar caminos de objetividad pero sin mirar a la subjetividad como el mal a evitar, sino como una parte integral y no despreciable del psiquismo y la verdad

**Palabras Claves:** Medicina basada en evidencias; Medicina basada en narrativas; Subjetividad; Objetividad; Patrones de pensamiento dual; Psicoanálisis interpersonal.

**Title**

The necessary subjectivity of both evidence based and narrative based psychiatry

**Abstract**

One of the present psychiatric and medical paradigm is better known as the “evidence based medicine”, which for most people is the only objective and scientific practice. However, a growing number of professionals claim the importance of the subjectivity inherent to the human being, and the so called “narrative based medicine”. This article shows that both conflicting ways of looking at medicine is also the product of the dual pattern of thinking acquired early during a person's development. Also the unavoidable subjectivity that accompanies science in general is vindicated, and with it, the narrative based psychiatry and evidence based psychiatry. Both most find ways of objectivity but without taking subjectivity as the evil to avoid, but as an integral and not to be despised part of the psiquism and truth

**Key Word**

Evidence based medicine; Narrative based medicine; Subjectivity; Objectivity; Dualistic thinking patterns; Interpersonal Psychoanalysis.

**Introducción**

Mucho se habla de las así llamadas MBE y MBN, o sus equivalentes en psiquiatría. No en pocas ocasiones asistimos a la lucha entre sus partidarios por la posesión de la esencia de la verdadera psiquiatría; lo que para mí no es sino la vieja disputa entre cerebro y mente, o biología y psique, que a su vez son la herencia de la antiquísima dualidad cartesiana mente – cuerpo a la que aludí en mi ponencia sobre depresión en el Primer Congreso Virtual de Psiquiatría (1).

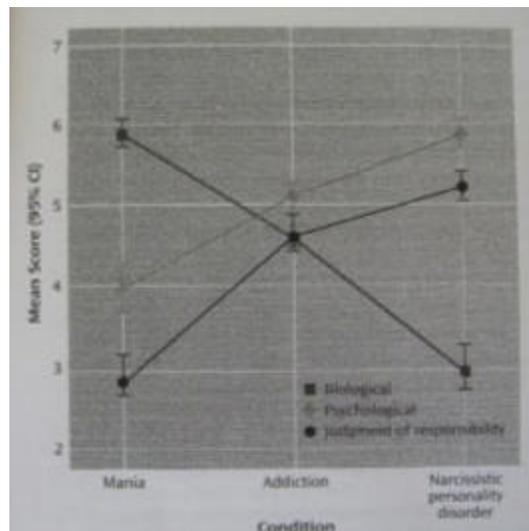
Al preparar este artículo me preguntaba si esta disputa es sólo el producto de las posiciones polares entre “psicologistas” y “biologistas” o si se debe a la tendencia a pensar en términos duales o dialécticos. Investigando, encontré un artículo en el American Journal de Psychiatry del 2006 en el que Miresco y Kirmayer (2) estudiaron a 127 psiquiatras y psicólogos, comprobando

que la persistencia de la dicotomía mente – cerebro en psiquiatría se debe a que es una tendencia al pensamiento dual propia del humano. En su estudio validan la hipótesis de Weiner según la cual existe un esquema cognitivo básico que es usado intuitivamente para entender y hacer “juicios de responsabilidad” sobre la conducta humana. Varios estudios señalan que este esquema comienza a desarrollarse al año de edad y va alcanzando cada vez mayor sofisticación durante la vida, persistiendo patrones de pensamiento dual según los cuales se juzgan los actos de los demás como intencionados o no intencionados. A los juzgados como intencionados se les tiende a dar una explicación psicológica, mientras se considera que los no intencionados siguen leyes físicas y están fuera de la responsabilidad humana.

En este interesante estudio se pidió valorar 9 viñetas clínicas a un grupo de profesionales representativos de la academia de psiquiatría de Norte América, con un promedio de 53 años y entrenados el 73% en farmacoterapia y el 96% en psicoterapia (incluso 32% en psicoanálisis). Los casos clínicos incluían tres patologías (episodio maniaco inducido por ISRS; trastorno de personalidad narcisista; y dependencia de heroína) que combinaban con tres tipos de conducta (gastos excesivos y bancarrota; contraer VIH por conductas sexuales de riesgo; y apuñalar a la esposa). Los resultados de análisis factorial reportaron que había una clara tendencia a responsabilizar al paciente de sus conductas si se consideraba que la patología era más psicológica (a pesar de que por definición se supone que el trastorno de personalidad tiene conductas difícilmente controlables por esfuerzo consciente) e, inversamente, se consideraba que las conductas en la manía estaban totalmente fuera de la responsabilidad del paciente (ocupando la dependencia a heroína un lugar intermedio). Los análisis de multivariación también confirmaban la conclusión de que, a pesar que en la ciencia médica ya no es creíble que la mente y el cerebro sean entidades distintas, los profesionales de la salud mental continúan empleando la dicotomía mente – cerebro al razonar casos clínicos. Además, los resultados no se diferencian mayormente de los obtenidos en otros estudios con diferentes poblaciones, lo cual apoya la idea de que el pensar de manera dicotómica es un patrón cognitivo básico (Figura 1).

**Figura 1.** Principales puntuaciones biológicas, psicológicas y de responsabilidad basadas en tres condiciones descritas en tres viñetas clínicas.

Miresco, M & Kirmayer, L. The Persistence of Mind-Brain Dualism in Psychiatry.



A priori es fácil caer en la tentación de exonerar de responsabilidad a una enfermedad médica de clara causación biológica, como podría ser la manía inducida por antidepresivos. Sin embargo y aunque sea una fuente anecdótica y coloquial, en un capítulo de la serie de T.V. “House” el médico de color - que inicialmente criticó con dureza a un paciente de su misma raza acusado de asesinato, por considerar que ser negro y pobre (como él lo fue) no condicionaba inevitablemente para asesinar - al final del capítulo (al descubrirse que padecía de un feocromocitoma) estaba dispuesto a declarar en su favor. En cambio, House se opuso a este argumento por considerar que entonces no se haría justicia con aquellos que, teniendo la misma enfermedad, contenían sus impulsos durante la descarga adrenérgica y no mataban a nadie.

Continuando con la atribución de responsabilidades, Hornstein (3) en su reciente libro sobre las depresiones señala que el reduccionismo en biología es una ideología de graves consecuencias, entre ellas el servir para desmentir los problemas subjetivos y sociales atribuyéndolos a lo biológico. Dice: “La violencia en la sociedad moderna no tendría que ver con la sordidez de

*racismo, el desempleo, la brecha entre riqueza y pobreza extremas...alguien está deprimido porque tiene los genes "de" la depresión. Hay violencia en las calles porque la gente tiene genes "violentos" o "criminales"; la gente se emborracha porque tiene los genes "del" alcoholismo. Un ambiente que alienta estas afirmaciones en gran medida se ha resignado a no encontrar soluciones sociales a problemas sociales...El sujeto solo es pensable inmerso en lo socio-histórico entramando prácticas, discursos, sexualidad, ideales, deseos, ideología y prohibiciones...Las depresiones ilustran la relación estrecha entre la intersubjetividad, la historia infantil, la realidad, lo corporal y los valores y, desde ya, la bioquímica".*

Antes de seguir adelante voy a hacer una breve digresión pero que en realidad toca el fondo de lo que estoy tratando: la subjetividad al seleccionar los datos objetivos. Al respecto, me percaté que voy a citar a dos autores que fueron en algún momento mis profesores: Luís Hornstein – psiquiatra, psicoanalista, asesor del Departamento de Salud Mental de la Municipalidad de Buenos Aires, y Francisco Ruiz Manresa - psicoanalista y ex-profesor de fisiología y neurofisiología de la Universidad Central de Venezuela -. Entonces recordé que uno de los aspectos de la subjetividad en ciencia está basado en el tipo de teoría a la que el investigador se adscribe pues inevitablemente influye en la selección de los aspectos de la realidad observada. Volveré sobre este tema más adelante, por tanto no me queda sino parafrasear a Abend (4): *"Para aquellos que digan que la teoría que favorezco refleja como fui analizado, entrenado y he practicado el análisis, sólo puedo contestar que por supuesto están en lo correcto".*

## **Medicina Basada en Evidencias**

El término (MBE) original se debe a David Sackett quien la definió como "el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia disponible en la toma de decisiones relacionadas con el cuidado de pacientes individuales". Bien, pero la pregunta que surge inmediatamente es ¿cuál es la mejor evidencia disponible? Muchos responderían de inmediato con expresiones similares a las de Genís Carrasco (5) del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital de Barcelona: *"la mejor evidencia científica disponible debe estar fundamentada en datos e información cuya veracidad y exactitud estén rigurosamente comprobados a partir de los resultados de la investigación científica. El conocimiento científico obtenido debe combinarse, de forma juiciosa, con la experiencia de los profesionales y las preferencias de los pacientes para abordar ventajosamente el complejo acto de la toma de decisiones".*

Aquí ya se complican las cosas porque, aunque seguramente la comprobación rigurosa es muy estimable, no siempre la verdad en general y psíquica en particular puede ser ni tan exacta, ni tan rigurosamente comprobadas. Aún así podemos estar de acuerdo en la búsqueda de la verdad como desideratum virtual, pero en la segunda parte de esta cita se nos dice que el conocimiento científico obtenido de manera tan rigurosa, debe combinarse con cosas tan subjetivas como la "forma juiciosa, la experiencia del profesional y las preferencias de los pacientes". Todo lo cual no escapa a la consideración de Carrasco quien mas adelante nos dice que el propio término *evidencia* es equívoco puesto que en castellano significa "certidumbre manifiesta y tan perceptible que nadie puede racionalmente dudar de ella", por lo que se ha propuesto su sustitución por la palabra "prueba", que se corresponde mejor con el significado que en inglés tiene *evidence*.

Como vemos, esta definición de evidencia es tan estricta que dejaría fuera de la ciencia todo lo que no sea certidumbre manifiesta, lo que no sea perceptible y de lo que nadie dude. O sea, adiós a casi todo en ciencia y ni hablar de la física cuántica, por ejemplo.

Carrasco se da cuenta y a continuación señala que la principal limitación de la MBE *"es considerar como mejor evidencia aquella que proviene de ensayos clínicos controlados que analizan la eficacia de las intervenciones o la que se apoya en revisiones explícitas de tipo cualitativo (revisiones sistemáticas) o cuantitativo (metaanálisis) de este tipo de estudios".*

En otra mesa del Primer Congreso Virtual de Psiquiatría, refiriéndose a la MBE dijo David Bussé (6) que hay que diferenciar entre opiniones y hechos: *"Las opiniones son impresiones subjetivas, estarían mas de acuerdo con los sentimientos, las tendencias o el "alma" del individuo. Una opinión podría ser argüida por cualquier otro individuo con cierta capacidad crítica que sintiera de forma distinta. A menudo a los psiquiatras se nos critica nuestra falta de objetividad y validez científica...Luego dice: Los hechos son factores que pueden demostrarse y medirse objetivamente, analizarse y hacerse evidentes. Un hecho es un concepto algo más racional, métrico, cognoscitivo y frío. Para demostrar un estamento, un hecho o unos datos se requiere evidencia".*

A mi modo de ver resulta que los “hechos” (que también son evidencias) a los que nos enfrentamos a diario todos los médicos, y más los profesionales que tratamos con la psique en particular, son los que provienen de la interacción de las narrativas y afectos de nuestros pacientes con los nuestros, y no sólo no es posible evitar las impresiones subjetivas, los sentimientos y el alma del individuo, sino que sería absurdo hacerlo, pretendiendo estar del lado de un cientificismo deshumanizado, supuestamente más veraz. Y no es esta una mera reivindicación romántica, espiritual o humanística de la subjetividad, sino una necesidad teórica, clínica y terapéutica. Me refiero, entre otras cosas, a la incidencia de lo que se ha dado en llamar transferencia o contratransferencia en psicoanálisis o (incluso si se quiere prescindir del concepto de inconsciente que estos términos conllevan) lo que otras corrientes incluyen en los conceptos de vínculo, apego, relación médico paciente, alianza terapéutica, empatía, etc. Estos fenómenos pueden ser sometidos a objetivación y medición - y de hecho lo han sido - pero sabemos que aportan una información subjetiva muy estimable y tan necesaria en la toma de decisiones, como aquella que aporta lo que Bussé define como “hechos” líneas más arriba.

Los “hechos” en nuestra profesión no son ni necesaria, ni exclusiva, ni mayormente “racionales, métricos, cognoscitivos y fríos” y no podemos desligar la psiquiatría de las ciencias sociales y pretender que sólo son ciencias aquellas cuantificables y basadas en “ensayos clínicos controlados o metaanálisis”, que Carrasco considera una limitación de la MBE.

Continúa Bussé señalando que entre las definiciones existentes para definir la MBE. “*Andre Tomlin presentó en el reciente congreso mundial de psiquiatría celebrado en Alemania una sencilla pero bastante válida definición: La medicina basada en la evidencia es un conjunto de estrategias, derivadas de los desarrollos desde la información tecnológica y de la epidemiología clínica, diseñadas para asistir al clínico en su actualización con la mejor evidencia existente en su campo*”.

No dudo que estos recursos sean de inestimable ayuda para conocer la evidencia, o al menos una parte cuantificable de ella, lo que pongo en duda es la subestimación de la evidencia así llamada “subjetiva” pues lamentablemente sigue prevaleciendo en muchos el error de considerar que sólo es científico un modelo: el cuantificable.

Por otra parte, es frecuente que se pierda de vista que la evidencia es algo que requiere de una selección por parte del observador y que esta selección ya es de por sí subjetiva. Tomemos por ejemplo la sentencia con la que cierra un párrafo Bussé: “*Para demostrar un estamento, un hecho o unos datos se requiere evidencia. Desde las primeras escrituras hasta los tiempos de Sherlock Holmes y su querido Watson la humanidad y la comunidad científica se ha esforzado en demostrar, en hacer evidentes los hechos*”.

De acuerdo, pero ello depende de cuál hecho se haga evidente y a lo que llamemos evidencia. Ya que menciona a Sherlock Holmes, me tomo la licencia de citar extensamente el ejemplo sobre este famoso detective que aporta Ruiz Manresa (7):

*Imaginemos que una tarde -digamos que Sherlock Holmes y su amigo el doctor Watson- salieron de excursión. Después de un largo trecho, encontraron un claro en el bosque bordeado por un riachuelo y decidieron acampar (...). De madrugada, Watson, emocionado, despierta a Holmes: "Amigo, observe. ¡Qué cielo más formidable!... La luna, estrellas. Dígame, ¿qué puede deducir?". Holmes se colocó sus lentes después de gruñir un poco, y armado con paciencia observa, piensa y responde: "Es en verdad un firmamento hermoso Watson. Veo quizás miles de estrellas y puedo suponer que hay muchísimas más que no observamos... sabemos que cada una es un sol como el nuestro y que es posible que muchos tengan sistemas planetarios... así que puedo pensar que el número de planetas en el universo es astronómico... la probabilidad es alta para que podamos afirmar que en alguno de ellos debe existir alguna forma de vida que podría ser semejante a alguna de las que conocemos en la tierra..." El doctor Watson, inquieto, replica: "Por Dios Holmes, ¿No se da cuenta que alguien nos robó la tienda de campaña?"*

*“Holmes y Watson aplicaron ambos el método científico en sus observaciones. Uno utilizó hipótesis y construyó sus deducciones sobre la base de lo que observó. El otro hizo lo mismo partiendo de lo que no observó -la tienda de campaña- pero que suponía que debía observar. Las conclusiones de ambos son diferentes, pero no hay contradicciones entre ellos, pues apuntan a focos distintos. Podemos considerar que ambas son probables: una, por el número supuestamente inmenso de planetas, y la otra por lógica en base a las experiencias. Ninguna de las dos puede ser definitivamente demostrada o comprobada al momento, por lo cual ambas entrañan un juicio. La terrenal deducción de Watson descartó otras alternativas al favorecer la del robo. Para llegar a sus conclusiones tomó en consideración lo que no observó. No observar los esperados resultados de un vendaval, por ejemplo, le permitió descartar que el viento se llevara a la tienda de campaña por los aires. Un ladrón se esmeraría en hacer un trabajo silencioso y sin*

dejar muchas huellas... era lo más probable. Pero los amigos eran ya hombres de la edad de la ciencia. La misma experiencia en tiempos anteriores de la Humanidad habría llevado al Watson de antaño a tener que considerar otras explicaciones en las cuales podían intervenir muy directamente los dioses, demonios, dragones, influencias mágicas a distancia, etc. Tampoco habría tenido mucho chance de poder demostrar convincentemente en el momento cuál de las explicaciones podía ser correcta”.

Para comentar estas líneas prefiero dejar que lo haga su propio autor:

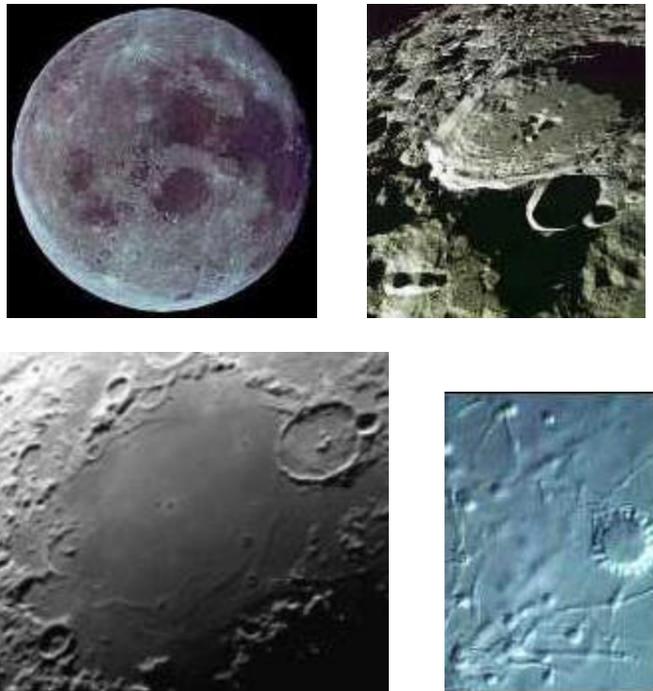
“Los párrafos anteriores muestran que necesitamos pensar para lograr establecer un puente entre lo observado y lo que suponemos es su explicación. No sólo actuamos con subjetividad al seleccionar un aspecto del universo observable, sino que nuestro pensar igualmente es un acto subjetivo en el cual intervienen nuestros conocimientos y juicios previos, nuestras teorías y convicciones. Con cada una de nuestras explicaciones establecemos, por lo tanto, un juicio, y cuanto consideramos y damos por explicación cierta y verdadera, entraña y requiere la validación consensual de otros, el establecimiento o la sentencia de lo que llamamos el sentido común. El pensamiento científico lo que ha establecido como resultado de la repetida aplicación de su método es un la Ciencia>”.

En efecto, muchas veces la ciencia, como Watson en el ejemplo anterior, avanza no con lo que visualiza directamente, sino con sus efectos. Este es el caso de los “agujeros negros” que sólo se detectan por los efectos a su alrededor. Un Agujero Negro es un hipotético cuerpo celeste (y se han descrito varias posibilidades) con un campo gravitatorio enorme... del cual la luz puede entrar, pero no puede salir, por lo que parece ser completamente negro (8)

En esta misma línea, Poland (9) señala que el psicoanálisis es una herramienta semejante al microscopio o al telescopio, pues lo que vemos en la lámina del microscopio está determinado no sólo por lo que contiene la lámina, sino por el foco utilizado por el que observa, de modo que el instrumento nos permite elegir distintos aumentos pero no nos da la “verdadera” estructura de lo que existe en la lámina. En otras palabras, podríamos decir que los distintos focos con los que observamos nos dan diferentes visiones de un mismo objeto, sin que uno sea más o menos verdadero que otro.

Aristóteles insistía en que lo fiable era la percepción, en cambio Platón decía que las percepciones pueden engañar pero la razón no. Esto lo podemos aplicar a la **Figura 2.** en la que hay cuatro fotos: las tres primeras son de la Luna vistas con distintos focos; la cuarta, aunque lo parezca, no es la luna, sino el hongo *histoplasma capsulatum* ...

**Figura 2.** Distintos focos



También en psiquiatría las evidencias que reflejan los estudios cuantitativos como los metaanálisis o los ensayos clínicos controlados, dependen de una serie de factores y variables que se dan por supuestas y previamente validadas aunque no sea así, por lo que podría

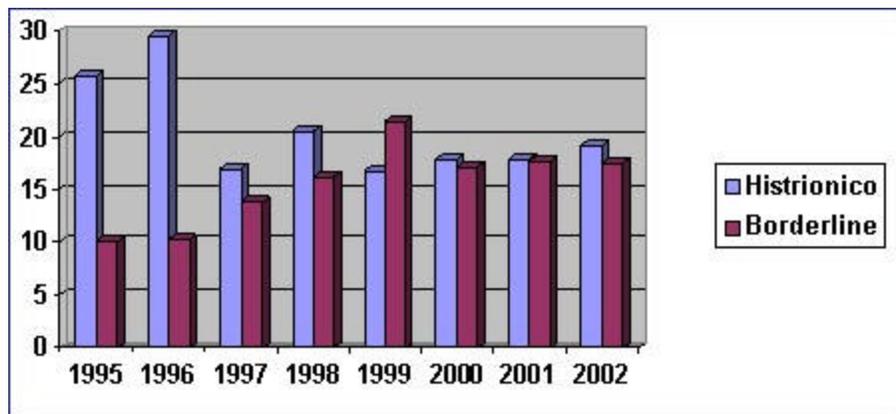
cuestionarse su veracidad y exactitud rigurosa. Entre estas variables está el diagnóstico clínico que aún tiene un alto grado de subjetividad por más que se ha intentado limitarla a través de criterios específicos.

En tal sentido, Gastó Ferrer (10) de la Universidad de Barcelona, en su estudio para valorar el trastorno ansioso – depresivo, señala que el centro de atención de los diversos estereotipos clínicos varía de una época a otra en función de ciertos tensores – siguiendo el término wittgensteniano de la ingeniería -, por ejemplo, adecuados foros profesionales de discusión. Así mismo dice: “el facultativo de hoy día sabe perfectamente que su taxonomía (CIE-10 y DSM-IV) clasifica pero no define ni expresa la naturaleza de los fenómenos psicopatológicos que intenta conocer y manejar”.

Y si esto es así para diagnósticos en los que hay mayor acuerdo y fiabilidad, qué podemos esperar para aquellos en los que hay más discrepancias como el Trastorno Esquizoafectivo, cuya consistencia ofrece serias dudas. Sobre éste trastorno Cañas de Paz (11) del Hospital Psiquiátrico de Madrid, recuerda que el propio Kraepelin dijo en 1920 que era cada vez más difícil distinguir entre esquizofrenia y enfermedad maniaco depresiva y que eso daba lugar “a la sospecha de que nuestra formulación del problema puede ser incorrecta”.

La subjetividad inherente a toda ciencia (no sólo de la psiquiatría) está influenciada por cosas como la moda del momento y el número de trabajos publicados sobre determinado tema. Al respecto hicieron referencia, en el X Congreso Nacional de Psiquiatría efectuado en Sevilla en octubre de 2006, los miembros de la mesa titulada “La crisis de la psicopatología”. Por ejemplo, Pena-Andreu (12) presentó su trabajo (publicado en el *Am J Psychiatry* (13)) en el que siguieron a 12.919 pacientes admitidos con diagnósticos de trastornos de personalidad a unidades psiquiátricas de Andalucía, entre 1995 y 2002 y encontraron que el porcentaje de diagnósticos de trastorno borderline o límite se incrementó significativamente durante los primeros años, mientras simétricamente disminuía el de trastorno histriónico (a pesar de que por definición un trastorno de personalidad debería ser más estable). Concluyen que una de las razones es el acentuado crecimiento de las publicaciones sobre trastorno límite desde los años 80 mientras descendían las de histriónico desde mediados de los 70. Otras razones serían el que probablemente los clínicos no diferencien bien estos diagnósticos y que las clasificaciones hayan variado sus criterios y diferenciaciones (**Figura 3**).

**Figura 3.** Comparación porcentual por años entre el Trastorno Histriónico de Personalidad y el Límite (Borderline). Pena-Andreu, J. Refining the personality disorder diagnosis.



Algo similar, pero desde el vértice de la bibliografía psicoanalítica, ha encontrado Ruiz Manresa (14) quien revisó el número de trabajos directamente relacionados al tema de los pacientes borderline en las principales publicaciones psicoanalíticas, agrupados por décadas desde 1945, encontrando que a partir de 1965 podemos observar un progresivo y pronunciado aumento del número de estas publicaciones (**Figura 4**).

**Figura 4.** Publicaciones psicoanalíticas sobre el Trastorno Límite (Borderline) de Personalidad por décadas. Ruiz Manresa, F. El difícil caso de los pacientes borderline.



En ese mismo Congreso, Laguna y col (15) presentaron su trabajo sobre pacientes diagnosticados de cualquier trastorno de personalidad y al menos dos ingresos a la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Hospital Dr. Peset de Valencia entre 1994 y 2006. Encontraron que de los 164 con este diagnóstico, un significativo porcentaje (67 de ellos) no cumplía criterios de estabilidad diagnóstica. O sea, que incluyendo otros trastornos de personalidad se repite la falta de estabilidad diagnóstica y por tanto de fiabilidad, de lo cual puede deducirse que por bien diseñados y por buenas estadísticas que tengan muchos trabajos, su veracidad y exactitud ya es subjetiva en tanto lo que cuantifican puede ser diverso – y hay muchos estudios que encuentran situaciones semejantes con otras entidades nosológicas-.

En el resumen de la mesa “La crisis de la psicopatología”, citada anteriormente, decían: *“Los desarrollos de la técnica, la globalización y otros procesos sociales más específicos auguran el triunfo de las neurociencias y la conversión de la psiquiatría en una disciplina carente de contenidos psicopatológicos. Los paradigmas clásicos, desacreditados y hasta proscritos por el academicismo despojan a la psicopatología de su doble asidero a las ciencias de la naturaleza y del espíritu”*. Así mismo, en sus respectivas ponencias Brotat (16) criticó el que la psiquiatría basada en evidencias quiera convertirse en nuevo paradigma científico, excluyendo lo subjetivo y lo cualitativo, y después Torres (17) recordó una sentencia de Karl Jaspers: *“Lo subjetivo es lo propiamente psíquico... que por su esencia es siempre cualitativo”*.

### Medicina Basada en Narrativas

Comencemos por la definición de “narrativa” que aportan dos psiquiatras de Madrid, Fernández Liria y Rodríguez Vega (18): *“La narrativa es un género literario que tiene como objeto producir emociones en el lector mediante el desarrollo de una trama (una relación de sucesos significativos) que evoca un mundo, en el que participan unos personajes, definidos por esa misma trama”*. Ellos se adscriben al grupo de los que consideran que las psicoterapias pueden ser entendidas en los términos y con los conceptos con que nos referimos a la actividad narrativa, o sea, una comunicación verbal en la que modificamos la narrativa estancada del paciente, transformándola en otra. Subrayan que cada escuela de psicoterapia tendrá sus propias narrativas y medios de reestructurarlas y, sobre todo, que la óptica de las narrativas se inscribe en el polo opuesto a la pretensión de un tratamiento manualizado para cada categoría diagnóstica, pues pretende adecuarlo a cada pareja terapeuta - paciente.

Inmediatamente los que abogan por hechos y verdades rigurosamente comprobadas saltarían cuestionando la objetividad de una narrativa compartida entre dos y, en efecto, tienen razón pues es subjetiva y en buena medida no puede dejar de serlo. Aquí entramos en otra disputa dialéctica como la de mente versus cerebro, que es la disputa entre relativismo versus realidad. Y es que la teoría relativista o perspectivista que considera que la realidad existe, pero es moldeada por quien la observa y relativa al que la percibe, se ha convertido en paradigma de la post-modernidad.

Ahora, ¿significa esto que cualquier narrativa que construya la díada terapéutica es válida,

incluso si el proceso llega a constituir un delirio compartido por ambos? Algunos dirán que sí, apegándose estrictamente a la relatividad de lo percibido. Otros consideramos que hay algo más que narrativa en nuestro trabajo y que no se trata de sustituir la narrativa estancada del paciente por cualquier otra, sino que el manejo de la técnica, incluyendo el análisis de la transferencia, contratransferencia, mecanismos de defensa, resistencias, actuaciones, repeticiones compulsivas, etc. permiten alcanzar un mejor balance entre objetividad y subjetividad que a ún siendo relativo, permita continuar el proceso dialéctico de tesis – antítesis (como diría Lacan) que creciendo en espiral, permita la construcción sucesiva de nuevas verdades que a su vez evolucionan hacia otras. Y esto es lo que diferenciaría una narrativa basada científicamente de cualquier narrativa azarosa y de un delirio compartido, pues en estos casos el proceso se estancará en una narrativa repetitiva - como el delirio del psicótico - o se sustituirá la “mentira” del paciente por otra “mentira”, quizás más tolerable pero que impedirá continuar la evolución.

En esto es difícil no caer en una postura ambigua, pues no se trata de decir “yo creo que la narrativa psicoterapéutica es subjetiva pero intento hacerla objetiva”. Algunas veces este discurso esconde una secreta desvalorización de la subjetividad inherente a la psicoterapia, mal disimulada detrás de una apariencia de orgullo de ciencia social o humanística, que aspira al objetivismo para estar a la altura de ciencias más exactas.

La tendencia natural (esquema dual) es a colocarnos en uno u otro extremo del espectro en estas cuestiones polares y, por supuesto, el que se ubica del lado de la ciencia que trata de lo que líneas más arriba se calificó como “evidencia científica cuya veracidad y exactitud estén rigurosamente comprobados” se siente poseedor de la verdad y muchas veces mira con actitud displicente al que se las ve con aspectos de la ciencia menos posibles de ser rigurosamente comprobados. Pero a éste último no le es fácil resistir la presión de demostrar a como de lugar que no es menos riguroso ni científico, lo cual se convierte en un problema cuando se intenta reducir aspectos abstractos o por su esencia subjetivos a datos objetivables, medibles y replicables. Por ejemplo, Gabbard (19) explica que realizar una serie de preguntas con instrumentos de evaluación estandarizados promueve a menudo resistencia en pacientes con trastornos de la personalidad y la información generada carece de utilidad para valorar las interacciones terapéuticas, por tanto sigue siendo un reto traducir los datos de la transferencia y contratransferencia a los criterios sistemáticos de diagnóstico.

Aún las ciencias más exactas tienen elementos nada despreciables de subjetividad y más aún la que trata con la variabilidad e individualidad del ser humano como lo es la psiquiatría y la psicología. Entonces el asunto, nada fácil, es discriminar lo objetivable con relativa precisión de lo que es subjetivo y reconocer la complejidad y complementariedad de ambos polos, sin tratar de “elevantar” lo subjetivo a las alturas de lo objetivo, como si realmente representase a la oveja negra de la familia científica.

Sin embargo, tampoco creo que podemos rendirnos a una especie de nihilismo que por considerar que en la realidad hay mucha subjetividad, renuncie a todo intento de sistematizar una técnica que permita encontrar aspectos objetivables. Cuando se siguen criterios técnicos, aunque nuestra elección de determinada técnica sea subjetiva, tenemos algunos referentes que nos permiten valorar y comparar determinadas variables del encuentro terapéutico y ello limita la pura subjetividad del terapeuta o el cómodo eclecticismo donde “todo vale por el bien del paciente”. En este sentido, en el artículo antes mencionado Gabbard (19), a pesar de que pone en duda la fiabilidad de los instrumentos en trastornos de personalidad, cita el trabajo de Betan y col (20) según el cual los fenómenos de la contratransferencia pueden medirse de forma clínicamente sofisticada y psicométricamente sólida.

Concuerdo con Spence y con Schafer (21) en que “la realidad de los hallazgos en un psicoanálisis es una versión que podría y podrá relatarse de otra manera”. Esto explica por qué la narrativa varía de un proceso a otro e incluso en un mismo proceso, y por qué continúa modificándose después de haber terminado el trabajo entre analista y analizando durante el proceso de autoanálisis.

Tal como lo veo, siempre existe una subjetividad compartida entre analista y paciente que conducirá a encontrar un sentido, pero que no será necesariamente el único sentido posible. O sea, que se llegará a una “verdad” que permite la evolución del proceso y el crecimiento, pero que no es una verdad única, incontrovertible e inmodificable, como no lo es la verdad científica.

Como señala María Teresa Miró (22) de la Universidad de la Laguna, parece claro que la narración por sí misma no es necesariamente terapéutica y es una cuestión compleja la forma en que la articulación narrativa produce cambios terapéuticos. En tal sentido, Spence (citado por Bleichmar y Leiberman (23)) dice: *“nuestro quehacer no es un simple descifrar o descubrir sentidos de la historia o relatos de nuestros pacientes, como lo podría hacer una disciplina*

*puramente hermenéutica, sino que nuestra subjetividad e interacción con nuestros pacientes hacen posible la reedición de la historia y la creación de nuevas verdades narrativas y subjetivas que realmente modifican la vida de nuestros pacientes”.*

En psicoanálisis han proliferado las teorías interpersonalistas que han llevado a formar corrientes o escuelas como la constructivista, la interpersonal, la relacional y la intersubjetiva. Estas corrientes tienen similitudes teóricas y algunas diferencias técnicas, aunque algunos, como Hirsch, no las ven.

Siguiendo a Frankel (24), algunas características comunes de este modo de entender el psicoanálisis son:

1.- Existe una realidad interactiva en la que el paciente y el analista se encuentran como sujetos de un diálogo y en la construcción conjunta de significados.

2.- Comparten una teoría central: que la personalidad y la psicopatología son moldeadas por las interacciones; que las relaciones interpersonales se regulan a través de la mutua comunicación inconsciente y, por tanto, igualmente sucede en el análisis; que el analista no es el poseedor privilegiado de la objetividad y que la valoración mutua entre paciente y analista es una meta.

3.- Que fundamentalmente la mente se esfuerza en buscar una conexión relacional y una comunicación, más que en la descarga y en la gratificación de pulsiones.

Sin embargo, coincido con Gabbard (25), en que algunos de los interpersonalistas, y en especial los constructivistas, han puesto un énfasis exagerado en la situación actual entre paciente y analista, mientras han subestimado el impacto acumulativo de una vida con determinado tipo de interacciones con objetos, así como las fantasías intrapsíquicas relacionadas con dichas interacciones. Estas experiencias y los significados de sus relaciones ya están en el paciente antes de ir al analista (tanto como memorias explícitas como memorias implícitas) de modo que los significados intrapsíquicos son alterados hasta cierto punto, pero no radicalmente reescritos de nuevo a causa de la subjetividad del analista. Más aún, considera que a pesar de que la objetividad absoluta no es posible, hay períodos de relativa objetividad en los que el analista puede observar el proceso intrapsíquico del paciente de una manera que le es mucho menos accesible al paciente.

En esta disputa entre los defensores de la metapsicología freudiana intrapsíquica y los de la psicología interpersonal parece también traslucirse la tendencia a usar los patrones de pensamiento dual que antes atribuimos a la dialéctica entre mente y cerebro o entre narrativas y evidencias. También aquí considero que ambas posturas son partes de un todo.

En estos temas no es fácil mantener una postura sin contradicciones. Por ejemplo, Stolorow y Atwood (26) critican a Sullivan, el padre del psicoanálisis interpersonal, por oscilar entre la perspectiva intersubjetiva o mantenerse fuera de la transacción interpersonal y presumir que se hacían observaciones objetivas susceptibles de “validación por consenso”. Así como cuestionan lo que este autor denominó “distorsión paratáctica”, que es un proceso por el cual la historia personal de una persona deforma las experiencias con otros. Sin embargo, dos páginas después se defienden de las críticas sobre su exagerado énfasis en lo interpersonal señalando que *“una persona entra en cualquier situación con un conjunto establecido de principios ordenadores que son la contribución del sujeto al sistema intersubjetivo, pero es el contexto el que determina cuáles de entre la serie de estos principios serán llamados a organizar la experiencia”.*

Entonces, lo que plantean Stolorow y Atwood es que el individuo aporta a la relación sus principios invariantes ordenadores de la experiencia pero la interacción con el otro determina cuales de estos principios históricamente adquiridos son activados y llamados a organizar la experiencia, pues será el contexto quien favorecerá a uno u otro principio.

Yo diría que los principios invariantes son el aporte inconsciente intrapsíquico, aunque ellos insistan en erradicar lo que llaman “el mito de la mente aislada” y lo que intentan destacar es la prioridad del contexto sobre lo intrapsíquico. A mi modo de ver termina siendo como el asunto de determinar si es primero el huevo o la gallina, pues si el otro para mí es mi contexto, yo soy el contexto para el otro, de modo que tanto las invariantes intrapsíquicas del paciente como las del terapeuta crearan el contexto y este a su vez determinará qué principios invariantes de uno y otro son activados y así sucesivamente en continua espiral.

## **Conclusiones**

Considero que las diferentes dualidades que he mencionado: MBE y la MBN; la subjetividad y la objetividad; la psicología y la biología; el inconsciente intrapsíquico y el interpersonal, son todas caras de una misma moneda. Muchas veces las convertimos en dualidades porque, por una parte, así está diseñado nuestro cerebro para pensar y, por otra, a causa de divisiones partidistas, ideológicas, científicas, gremiales y filosóficas.

La ciencia en general y la psiquiatría y psicología en particular, aspiran a la objetividad pero la subjetividad les es inherente, inevitable y, más aún, imprescindible. La subjetividad no debe ser vista como el mal a evitar, sino como una parte integral y no despreciable del psiquismo y de la verdad.

No es cierto que la subjetividad debe ser "echada" de la ciencia. Esto no sólo no es posible, sino que es peligroso, pues lo que debe hacerse es admitirla como hermana de la objetividad e intentar saber - hasta donde sea posible - donde empieza una y termina la otra.

Tal vez subjetividad y objetividad sean hermanas siamesas que estuvieron una vez unidas, como en el mito platónico estuvo una vez el hombre. Es probable que reunir las de nuevo sea una utopía.

En el Banquete, poniéndolo en palabras de Aristófanes, decía Platón (27): "*Primero, es necesario que conozcáis cuál fue en su nacimiento la humana naturaleza*". A continuación describe que al principio hubo tres géneros: macho, hembra y machi-hembra, pero estos intentaron escalar el Cielo y encumbrarse sobre los dioses, por lo cual Júpiter los dividió en dos mitades: macho y hembra. Luego dice. "*Y desde este suceso es el Amor entre los hombres innato y perenne recordatorio de nuestra prístina naturaleza, que ha tomado por empresa de sus manos hacer de dos uno y sanar la naturaleza humana.... Y la causa de esto no es otra sino que nuestra prístina naturaleza era la dicha; y nosotros estábamos íntegros; del anhelo, pues, y del perseguimiento de reintegración le vino el nombre de Amor*".

## Referencias Bibliográficas

- 1.- Hueso, H. Aproximación psicoanalítica al modelo stress – diátesis de los trastornos del humor. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000; Conferencia 37-CI-D: [32 pantallas]. Disponible en:  
[http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa37/conferencias/37\\_ci\\_d.htm](http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa37/conferencias/37_ci_d.htm)
- 2.- Miresco, M & Kirmayer, L. The Persistence of Mind-Brain Dualism in Psychiatric Reasoning About Clinical Scenarios. Am J Psychiatry 2006; 163:913-918.
- 3.- Hornstein, L. Las depresiones: entre bioquímica e historia. Revista Psicoanálisis e Intersubjetividad, N°1. Disponible en: <http://www.intersubjetividad.com.ar/>
- 4.- Abend, S. M. An Inquiry Into the Fate of the Transference in Psychoanalysis. J. Amer. Psychoanal. Assn. 1993; 41:627-651 (APA)
- 5.- Carrasco, G. Medicina Basada en la Evidencia. Rev Calidad Asistencial 2002; 17(2): 113-25
- 6.- Bussé, D. PsyBECA Psiquiatría Basada en la Evidencia en español. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000; Conferencia 17-CI-C: [37 pantallas].  
Disponible: [http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa17/conferencias/17\\_ci\\_c.htm](http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa17/conferencias/17_ci_c.htm)
- 7.- Ruiz Manresa, F. El puente entre el observar y el explicar. Subjetividad y objetividad en el pensar científico y su relevancia en las psicoterapias. Revista electrónica VITAE .

Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. (2002). Disponible en:

<http://Caibco.ucv.ve/caibco/CAIBCO/Vitae/VitaeTrece/Articulos/Psiquiatria/ArchivosHTM/Intro.htm>

8.- Agujero Negro. En: <http://www.astromia.com/fotouniverso/dibujagujero.htm>

9.- Poland, W. S. Transference: "An Original Creation". Psychoanal. Q. (PAQ) 1992, 61:185-205.

10.- Gastó, C. Valoración crítica del trastorno ansioso – depresivo. En: Update de Psiquiatría. Compilador Julio Vallejo Ruiloba. MASSON S.A. 2003; 27-40

11.- Cañas, F. Trastorno esquizoafectivo: valoración de su consistencia nosológica. En: Update de Psiquiatría. Compilador Julio Vallejo Ruiloba. MASSON S.A. 2003; 13-25.

12.- Pena-Andreu, J. Diacronía del diagnóstico psiquiátrico. Mesa redonda del X Congreso Nacional de Psiquiatría. Sevilla - España 16 al 21 de octubre de 2006.

13.- Pena-Andreu, J. Refining the personality disorder diagnosis. Am J Psychiatry 2005; 162: 1030-31

14.- Ruiz Manresa, F. El difícil caso de los pacientes borderline. Revista electrónica VITAE . Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. 1999; N°1 (Jun-Agosto).

Disponible en:

<http://caibco.ucv.ve/caibco/CAIBCO/Vitae/VitaeUno/Articulos/Psiquiatria/vitae.htm>

15.- Laguna, L. y col. Estabilidad diagnóstica del trastorno de personalidad en una unidad de Hospitalización psiquiátrica. Poster presentado en el X Congreso Nacional de Psiquiatría. Sevilla - España 16 al 21 de octubre de 2006.

16.- Brotat, M. Evolución psicodiagnóstica: más allá de lo cuantitativo. Mesa redonda del X Congreso Nacional de Psiquiatría. Sevilla - España 16 al 21 de octubre de 2006.

17.- Torres, J. Sobre la comprensión del paciente. Mesa redonda del X Congreso Nacional de Psiquiatría. Sevilla - España 16 al 21 de octubre de 2006.

18.- Fernández, A. y Rodríguez, B. La óptica de las narrativas en psicoterapia. En: Monografías de Psiquiatría. Aula Médica Ediciones. 2005; Año XVII N° 3 julio-septiembre: 2-7.

19.- Gabbard, G. Enfoques psicodinámicos de los trastornos de personalidad. En: Trastornos de Personalidad. Focus: American Psychiatric Association. Lifelong learning in psychiatry. 2006; 9 -13.

20.- Betan p, IEM AK, Zitt EL, Western D. Countertransference phenomena and personality

Pathology in clinical practice: an empirical investigation. Am J Psychiatry 2005; 162:890-98

21.- Schafer, R. La Relevancia de la Interpretación Transferencial en el "Aquí y Ahora" Para la Reconstrucción del Desarrollo Temprano. Revista de Psicoanálisis,1991; 7: 1167-1176.

22.- Miró, M. La reconstrucción terapéutica de la trama narrativa. En: Monografías de Psiquiatría. Aula Médica Ediciones. 2005; Año XVII N° 3 julio-septiembre: 8-17.

23.- Bleichmar N., Leiberman C. Problemas epistemológicos en la teoría psicoanalítica En: El psicoanálisis después de Freud. Teoría y clínica. Eleia Editores, 1998; p. 477 - 98.

24.- Frankel, J.B. Are Interpersonal and Relational Psychoanalysis the same? Contemp Psychoanal. (CPS), 1998; 34: 485-500.

25.- Gabbard, G. The Analyst's Contribution To The Erotic Transference. Contemp. Psychoanal. (CPS), 1996; 32:249.

26.- Stolorow, R. & Atwood, G. El mito de la mente aislada. En: Los Contextos del Ser: Las Bases Intersubjetivas de la Vida Psíquica. Herder Editorial, 2004, pp 35-66.

27.- Platon. Banquete. Obras completas. Traducción: García Bacca J.D. Ed. Imprenta de la Universidad Central de Venezuela. 1980.

**NOTA:** Toda la información que se brinda en este artículo es de carácter investigativo y con fines académicos y de actualización para estudiantes y profesionales de la salud. En ningún caso es de carácter general ni sustituye el asesoramiento de un médico. Ante cualquier duda que pueda tener sobre su estado de salud, consulte con su médico o especialista.