

UN ENFOQUE POSTMODERNO Y CONSTRUCCIONISTA SOBRE LA SALUD MENTAL Y LA PSICOTERAPIA

Isabel Caro

Facultat de Psicologia, Universitat de València
Avda. Blasco Ibáñez 21, 46010 - València

This article focuses on the new perspectives and therapeutic practices proposed by some authors that from a postmodernist point of view criticize values and assumptions of traditional psychology and the way in which they affect psychological diagnosis, evaluation and treatment. With this purpose the main aspects of the social constructionist theory regarding therapeutic practice are considered.

Key words: postmodernism, constructionism, psychotherapy, diagnostic criteria, social psychology.

INTRODUCCIÓN: LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LO NORMAL Y LO ANORMAL

La aplicación clínica del enfoque construccionista social está ofreciendo explicaciones diferentes a las tradicionales sobre la enfermedad mental, su diagnóstico y sus formas de tratamiento. Además, podemos considerar que el uso clínico que están haciendo algunos autores de los principios construccionistas sociales se englobaría dentro de planteamientos postmodernos.

Ya analizamos en un trabajo anterior (Caro, 1996) en qué consistía la psicoterapia practicada en una sociedad postmoderna por lo que no vamos a entrar en ello de nuevo. Sin embargo, convendría resaltar lo siguiente.

Las nuevas prácticas terapéuticas defendidas por algunos autores pretenden romper con lo establecido, criticando de lleno los valores y supuestos de la psicología tradicional de corte modernista (Fox y Prilleltensky, 1997; Prilleltensky, 1989) y el modo cómo se refleja en el diagnóstico, evaluación y tratamiento psicológico (Hare-Mustin y Marecek, 1997; cf. McNamee y Gergen, 1992a).

En este artículo nos centraremos en estos planteamientos para lo que comenzaremos exponiendo, brevemente, en qué consiste la teoría construccionista social,

a partir de lo cual podremos entrar en algunas consideraciones construccionistas sociales sobre temas importantes que pueden afectar a la visión tradicional sobre nuestro trabajo terapéutico.

De forma general podemos considerar que a estos cambios contribuyeron las explicaciones etnomédicas aparecidas en los 80 sobre cómo la gente produce teorías de sentido común sobre la disfunción somática y psicológica, integradas en un paradigma de ciencia social. Esta perspectiva destaca la estructura semántica del discurso y los procesos de enfermedad mediante los que tanto el paciente como el clínico construyen las realidades de la enfermedad a través de sus interpretaciones de los modelos médicos (Good y Good, 1982, citados en Higginbotham *et al.*, 1988). Existirían una serie de supuestos básicos, tal como se hallan recogidos en Higginbotham, West y Forsyth (1988).

En primer lugar, tenemos que el lenguaje, es decir la semántica, adscribe un significado fundamental a la enfermedad y a los síntomas psiquiátricos. Sean cuales sean los procesos fisiológicos y psicológicos que afectan a la enfermedad y a los síndromes psiquiátricos, éstos entran en la experiencia humana y se convierten en objetos de la acción humana sólo cuando se les otorga significado.

En segundo lugar, la enfermedad se construye desde el discurso de subculturas médicas populares ya que el que sufre se basa en teorías y redes de significado para interpretar y comunicar un hecho sintomático concreto. Cada subcultura médica ofrece explicaciones diferentes de la enfermedad y construye modelos sobre la fisiología y la personalidad humanas, así como cuáles deben ser las formas de tratamiento. Cada modelo está basado en un punto de vista particular del mundo, una epistemología y un grupo de valores. Cada categoría de enfermedad es un producto cultural y agrupa a un conjunto específico de palabras e imágenes. La enfermedad, desde un punto de vista individual, es algo muy complejo, una combinación de traumas personales, estresores vitales, reacciones de los demás, significados y metáforas sobre ello en nuestra cultura, etc. Estas redes de significado se deben comprender para poder entender una enfermedad en concreto.

Finalmente, partiendo de estas nociones sobre la enfermedad, cualquier práctica clínica va a ser de tipo interpretativo. El clínico, con independencia del modelo teórico que le ampare, da significado a los síntomas, experiencias, conductas, etc. de un paciente. Unos datos serán considerados centrales, otros no. Se harán abstracciones y el clínico estará continuamente implicado en un proceso de traducción a lo largo de sistemas de significado. Semejante tarea alcanza, también, al cliente. Este interpreta el discurso, los significados aportados por el clínico que le permitan construir nuevos significados de su disfunción.

Antes de exponer la lectura clínica que del modelo construccionista social han hecho diversos autores conviene que nos detengamos, brevemente, en exponer el núcleo de dicha teoría.

LA TEORÍA DEL CONSTRUCCIONISMO SOCIAL

Berger y Luckmann (1966) desarrollan con la teoría del construccionismo social un enfoque no positivista cuya tesis fundamental es que la realidad se construye socialmente y que la sociología del conocimiento debe analizar los procesos por los cuales esto se produce.

Su trabajo tiene implicaciones no sólo para la sociología del conocimiento, sino para la sociología del lenguaje, la teoría de la acción y de las instituciones sociales y la sociología de la religión. Combinan las teorías de Weber y Durkheim con Mead y Marx. En su opinión la sociología debía moverse en un diálogo continuo entre la historia y la filosofía (Berger y Luckman, 1966). Su meta está en desentrañar el *cómo* de los fenómenos sociales en lugar del *qué* o el *por qué* (Eberle, 1993).

En el primer apartado de su libro de 1966, Berger y Luckmann plantean como meta de la sociología del conocimiento ocuparse de analizar la construcción social de la realidad. Dos son los términos básicos que debemos definir: «realidad» y «conocimiento». Definen la *realidad* «como una cualidad propia de los fenómenos que reconocemos como independientes de nuestra propia volición (no podemos «hacerlos desaparecer»)» (pág. 13) y el *conocimiento* como «la certidumbre de que los fenómenos son reales y de que poseen características específicas» (pág. 13). El mensaje central de Berger y Luckman se puede sintetizar en tres supuestos básicos:

- La sociedad es un producto humano.
- La sociedad es una realidad objetiva.
- El ser humano es un producto social.

Berger y Luckman sustentan su propuesta haciendo un análisis de diversos niveles de la vida humana, todos ellos con un origen social. Comienzan analizando la realidad de la vida cotidiana, que es nuestra realidad por excelencia que se organiza en el aquí y ahora y en la relación con los otros, y en la que el lenguaje cobra un papel fundamental como objetivador de nuestras experiencias y productor del acopio social de conocimiento.

Los seres humanos no sólo experimentan como realidad su vida cotidiana, sino la sociedad, a su vez como realidad objetiva y subjetiva. Para que la sociedad se convierta en realidad objetiva se necesitan dos procesos: el de institucionalización que sería el primero y más básico y el de legitimación más relacionado con aspectos simbólicos y conceptuales.

Finalmente, la sociedad se experimenta como realidad subjetiva. Para ello es necesario que se internalice mediante procesos de socialización. Además, y en función del proceso dialéctico entre el individuo y la sociedad, y el organismo y la sociedad se desarrolla nuestra identidad como personas. En definitiva, Berger y Luckman plantean que somos lo que somos y conocemos como conocemos por procesos de interacción social, mediados y objetivados por el lenguaje. La importancia del lenguaje es grande en la teoría y cerramos esta breve introducción con algunas consideraciones que sobre éste hacen Berger y Luckmann (1966):

1) Por su enorme complejidad el lenguaje nos permite separarnos de la situación «cara a cara» siempre que queramos, hablar de cosas que nunca hemos experimentado y quizá no experimentemos y se convierte así en un depósito de amplias acumulaciones de significado y experiencia que se transmite a través del tiempo.

2) El lenguaje nos permite hacer accesible objetiva y continuamente nuestros propios significados, estableciendo contacto, y obteniendo así acceso a nuestro propio ser. El lenguaje cristaliza y estabiliza nuestra subjetividad.

3) El lenguaje como sistema de signos posee la cualidad de la objetividad, por lo que se presenta como una facticidad externa a nosotros mismos, teniendo efectos coercitivos sobre nosotros (por ejemplo, al hablar en español debemos seguir las reglas de la gramática española).

4) El lenguaje tiende puentes, puede trascender dimensiones espaciales, temporales y sociales. A consecuencia de ello, el lenguaje «hace presente» aquello que está ausente. Manejamos entonces *símbolos*. La religión, la filosofía, el arte y la ciencia son los sistemas de símbolos de mayor importancia histórica.

5) El lenguaje constituye campos semánticos o zonas de significado lingüísticamente circunscritos. Toda la gramática, la sintaxis y el vocabulario contribuyen a ello. Es decir, el lenguaje elabora esquemas clasificadores para diferenciar objetos según el género, hay predicados de acción que son opuestos a predicados de ser, formas de denominar el grado de intimidad entre las personas (por ejemplo, en los idiomas que diferencian el «tú» del «usted»), y campos semánticos que se relacionan con nuestras actividades y rutinas diarias (por ejemplo, el significado del papel del profesor y las actividades que se le suponen implícitas).

LA TEORÍA DEL CONSTRUCCIONISMO SOCIAL EN LA PSICOLOGÍA

En psicología, el autor al que debemos el interés actual por la teoría construccionista social es Gergen, que a través de diversos trabajos (por ejemplo, Gergen, 1982, 1985) se ha preocupado de desarrollar una nueva propuesta, denominada por él *socio-racionalista*. No es la finalidad de este trabajo entrar en detalle en la teoría de Gergen, pero conviene que resaltemos algunos elementos importantes de forma que podamos situar mejor lo que supondría adoptar este enfoque construccionista social en el campo de la salud.

Tal y como plantea Gergen (1985), el construccionismo social mina los cimientos de la psicología tal y como se la entiende desde el punto de vista occidental, tradicional, y eso explica el que no tenga una amplia difusión. De hecho la mayoría de los psicólogos ni siquiera reconocen a la teoría como una psicología (Wilkinson, 1997). No obstante, es posible aislar una serie de importantes derivaciones del construccionismo social que ejemplifican sus posibilidades y el desafío que supone para la psicología tal y como comentábamos en la introducción (Gergen, 1982, 1985; Cortéz, *et al.*, 1994):

1. Se ponen en cuestión los conceptos de experiencia y datos de los sentidos. El significado y la comprensión del mundo dependen de la interacción y del contexto social. El conocimiento no se puede ver como un «reflejo» de lo que hay ahí, sino como una «transformación» de la experiencia en una ontología lingüística.

2. No se ofrecen criterios alternativos de verdad, ni se ofrecen reglas fundacionales. En este sentido el construccionismo es una teoría relativista.

3. Este relativismo no significa que *valga todo*. Existen reglas normativas, estabilidad, pero sin llegar al fundacionalismo. Estas normas son determinadas histórica y culturalmente, y por tanto, están sujetas a crítica y transformación. Además a diferencia del relativismo moral, el construccionismo social reafirma la relevancia de los criterios morales para la práctica científica. Entonces, se considera que es posible valorar el trabajo del psicólogo en términos de su bondad o no.

4. No se puede probar empíricamente: la inducción en la ciencia está mal concebida, los hechos que analizamos raramente son estables y los datos sobre hechos son negociables. Debemos reevaluar el trabajo empírico en las ciencias.

5. No hay criterios de veracidad: su éxito depende de la posibilidad del analista de lograr invitar, estimular o deleitar a la audiencia.

6. No hay verdad a través del método: se necesita establecer criterios alternativos para evaluar las alegaciones del conocimiento

7. Base lingüística: el lenguaje es el medio básico de transmisión de los significados y de aquello que comprendemos. Algún tipo de lenguaje o la comprensión no traducida a palabras precede al inicio de la mayoría de actos significativos.

8. Considera los orígenes sociales de la mayoría de los supuestos dados sobre los procesos psicológicos, que difieren en gran medida de una cultura a otra.

Si trasparamos todo ello al campo médico, como hace Radley (1994) e igualmente, al psicológico, partiríamos de dos premisas básicas como introducción:

1) Tener una enfermedad es algo social, a causa de la experiencia compartida que tenemos de nuestros cuerpos, tanto cuando estamos bien como cuando estamos enfermos; estas son las características generales de la enfermedad.

2) Tener una enfermedad es algo social a causa de cómo refleja la relación entre el individuo enfermo y el contexto cultural. Para cualquier persona en concreto y en un momento en concreto, estas son características especiales.

El conocimiento profesional desde la perspectiva del construccionismo social, no se considera como una progresión incremental hacia un mejor conocimiento, sino como una serie de construcciones relativas que dependen del momento particular socio-histórico que se renegocian constantemente. La medicina y la psicología producen un conocimiento que cambia en tiempo y lugar. El poder no viene de arriba, sino de la multiplicidad de intereses y grupos de poder, proviene de cada individuo que vía la socialización acepta ciertos valores y normas de conducta (Lupton, 1994).

Finalmente, y a pesar de todo lo anterior, es conveniente que nos refiramos a

la respuesta que Berger y Luckmann dan al uso de su teoría. En la revisión que del tema hace Eberle (1993) y citando comentarios de los propios autores, queda clara la postura de rechazo de Berger y Luckmann. La teoría fue interpretada en USA y Europa con un sesgo especial. Tal y como señala Lemert (1992, citado en Eberle, 1993), la teoría fue empleada por muchos viejos liberales de izquierda para dar sentido a la vida y la sociología, al señalar la arbitrariedad de las construcciones sociales. Uno de los campos en los que esto es más evidente es el del feminismo académico (véase al respecto, y en psicología, Hare-Mustin y Marecek, 1990; cf. Lorber y Farrell, 1991).

Citados en Eberle (1993), Luckmann asegura en 1992: «siempre que alguien habla hoy por hoy de *constructivismo* o incluso de *construccionismo social* me pongo a reparo». Mientras que Berger considera, en 1992, a la literatura constructivista como «un cocedero ideológico con el que no tengo nada en común».

Puestas así las cosas se debe dar un sentido especial al uso clínico de la teoría y dejar para un trabajo posterior y más extenso, las reflexiones sobre las interpretaciones hechas por parte de relevantes autores a la teoría del construccionismo social. No cabe duda del interés que tiene entender en qué medida se ha mantenido el espíritu original de Berger y Luckmann y en qué medida éste se ha visto solapado con otros modelos o nuevas tendencias aparecidas en la psicología. Una disección de ello nos permitiría comprender el rechazo de Berger y Luckmann ya comentado, y la heterodoxia u ortodoxia de los modelos construccionistas sociales en psicología respecto a la sociología empírica del conocimiento defendida por Berger y Luckmann en su teoría del construccionismo social.

Hecha esta importante salvedad pasaremos a ejemplificar la aplicación clínica del construccionismo social haciendo, en primer lugar, algunas consideraciones sobre la enfermedad mental.

ENFERMEDAD MENTAL Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL

Diversos autores (Frank y Frank, 1991; Hare-Mustin y Marecek, 1997; Horwitz, 1982; Laungani, 1992), afirman que los diagnósticos psicológicos son productos de su tiempo y lugar. Las categorías diagnósticas no son etiquetas simplemente neutrales.

Según Pardeck y Murphy (1993) el punto de vista tradicional sobre la enfermedad mental reproduce el dualismo mente-alma. Este dualismo se manifiesta de diversas maneras: apariencia y realidad; hecho y valor; mente y cuerpo; subjetividad y objetividad. Este dualismo entre hechos y valores, propio de la ideología modernista, facilita la defensa de un conocimiento objetivo, veraz, sobre las cosas. El modelo de enfermedad tradicional sigue un esquema ahistórico para describir la conducta. En lugar de entender cómo se concibe la vida social se buscan las causas subyacentes, se genera un conocimiento de expertos que pertenece sólo a un grupo reducido de personas.

En su lugar, para la teoría del construccionismo social aplicada clínicamente, lo normal y lo anormal son categorías definidas políticamente. El punto de vista dominante no es el único que hay o puede haber. Puntos de vista alternativos deben ser incluidos: como por ejemplo los de las mujeres, las personas de clase baja, las minorías. La psicología, se ha construido a imagen y semejanza del varón, de la raza blanca y de la clase dominante (Hare-Mustin y Marecek, 1997).

Cuando se diagnostica se *sitúa* a la persona. Se le da un lugar y una serie de conductas y experiencias definidas para ella. Y esto varía en función de la raza, el género, la clase, etc. (Parker, *et al.*, 1995). Como señalan Hare-Mustin y Marecek (1997, pág. 109):

«Finalmente, la decisión de considerar cualquier serie de conductas o experiencias como un trastorno psicológico -y no como un trastorno médico, una excentricidad, un acto criminal, o una respuesta a un ambiente opresivo e intolerante- no es y no puede ser una decisión de tipo científico. Es una decisión moral y política, un juicio basado sobre perspectivas culturales en relación a qué conductas son aceptables o no aceptables».

Las revisiones históricas de los abusos cometidos gracias a las etiquetas diagnósticas en el pasado, por ejemplo, con la *drapetomanía*¹, o el trastorno que tenían los esclavos que huían de sus amos, han hecho poner un especial cuidado en el uso actual de las etiquetas diagnósticas. Este tema ha sido especialmente señalado por las autoras feministas en relación a los abusos que se cometen a la hora del diagnóstico en función del género, y en cualquier campo diagnóstico: la histeria (Hare-Mustin y Marecek, 1997), la agorafobia (Bekker, 1996; Wolfe, 1984), la depresión (Cox y Radloff, 1984), los trastornos de personalidad (Wakefield, 1992), etc.

Parker *et al.* (1995) utilizan el trabajo de Chesler de 1973, *Mujeres y locura*, para abordar esta cuestión desde la perspectiva del género. La mujer está sometida a una especie de doble vínculo. Por un lado, el papel femenino clásico supone una serie de conductas, que juzgadas frente a una norma no basada en el género, las convierte en neuróticas clínicamente. Por otro lado, la resistencia contra esta norma se interpreta como una desviación. Puestas así las cosas, se vea desde el punto de vista que sea, la psicología femenina es «psicología anormal». Veamos algunos ejemplos que ejemplifican esta consideración socio-cultural.

Por ejemplo, la *cleptomanía* surgió como categoría diagnóstica paralela a la apertura de grandes almacenes en las principales ciudades europeas. El anonimato de estos establecimientos favorecía el robo por parte de las clientas, de toda clase y condición. Pero las autoridades diferenciaban entre tipos y «causas» del robo en función de la condición social de la «clienta». Si ésta pertenecía a la clase baja era considerada una ladrona, si pertenecía a la clase alta se consideraba el robo la consecuencia de un *trastorno mental* y recibía la etiqueta de cleptómana, la familia era advertida, la clienta volvía a casa y se reembolsaba o se devolvía el producto

robado.

Otro ejemplo de ello, lo tenemos en el reanálisis que hacen Hare-Mustin y Marecek (1988, 1997) del famoso caso freudiano de Dora, una adolescente que presentaba tos persistente y dolores de cabeza. Deconstruyendo el caso, estas autoras destacan cómo los significados de la cultura dominante (masculina, patriarcal) se hacen aquí patentes. Lo que para Freud era un deseo sexual no reconocido (de Dora hacia Herr K. el amigo de su padre), una conducta vengativa y una terapia fracasada (al rechazar Dora la construcción que del caso hizo Freud), ahora se observa como la respuesta lógica (rechazo y asco) por parte de una adolescente de 14 años ante las atenciones sexuales de un hombre mucho mayor y casado. En honor a la verdad los adultos implicados en esta historia reconocieron lo cierto de las afirmaciones de Dora algún tiempo después.

Finalmente, otro campo en donde se aprecia la no neutralidad de las categorías diagnósticas, es el de las adicciones. En su revisión del tema, Efran, Heffner y Lukens (1987) señalan que en el siglo XIX el «alcohólico» era condenado como una persona «maligna», sin más esperanza en el futuro que una profunda conversión religiosa. El paso a la concepción del alcoholismo como una enfermedad implicó una valoración diferente. El establecimiento de lugares adecuados de tratamiento, la protección de sus derechos civiles, investigación sobre las causas, etc. Esto representa una forma de hablar, de exponer, de etiquetar a los «alcohólicos» diferente, pero que tampoco está al margen de cuestiones valorativas. Es decir, esta conceptualización del alcoholismo como una enfermedad no está libre de elementos morales. Ahora los valores morales no tienen nada que ver con la condena del alcohólico, sino que representan un lenguaje basado en la jerga moderna, médica, psiquiátrica, psicológica y sociológica. A pesar de ello, buena parte de las enseñanzas de los Alcohólicos Anónimos, por ejemplo, sigue teniendo un cierto tono moral, a juzgar por la gran cantidad de conceptos religiosos y semi-religiosos que hay en sus programas (Marlatt, 1985 citado en Efran, Heffner y Lukens, 1987).

La consideración cultural nos aparece, además, si entendemos que un uso extenso y continuo del alcohol es una enfermedad (*alcoholismo*); un uso semejante de la cocaína o la heroína es una adicción o una desviación social o moral, mientras que si fumas mucho o de forma continua, es sólo un *hábito* (Wiener, 1989).

HACIA UNA NUEVA VISIÓN DE LAS CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS

Aunque no es nuestra intención entrar de lleno en los pros y los contras de las categorías al uso², como el DSM y el ICD deberíamos destacar algunas de las características y críticas que se hacen al concepto de «enfermedad» desde una perspectiva postmoderna y construccionista.

Según Wiener y Marcus (1994) la «enfermedad» es un constructo social, relacionado con lo siguiente:

1. La mayoría de los argumentos empleados son sobre supuestos y metáforas

y no sobre «hechos».

2. Las metáforas subyacentes sobre la «desviación» o la «psicopatología» han diferido en distintos momentos históricos.

3. La aceptación o no de algunas patologías ha sido una cuestión histórica (por ejemplo, la histeria, la neurastenia, la homosexualidad).

4. Los criterios definitorios de las categorías cambian con frecuencia para lograr asegurar el consenso entre los jueces, en lugar de considerarlos como cambios que elaboran una perspectiva dada o que sirven para identificar criterios más *precisos*.

Como afirman Parker *et al.* (1995) los diagnósticos al uso en las categorías diagnósticas reflejan la naturaleza contradictoria de nuestra cultura. Esto es:

1. Las cifras ofrecidas reflejan sólo aquellas personas más en contacto con los servicios de salud. Los hombres experimentan niveles semejantes de malestar aunque parece ser más conveniente para la mujer reconocerlo, mientras el hombre busca otras vías de escape (alcohol, por ejemplo) (Brodsky y Steinberg, 1995; Eisler y Blalock, 1991; McCreary *et al.*, 1996; Radley, 1994; Sprock y Yoder, 1997) por lo que presenta otros diagnósticos a causa de los discursos patriarcales dominantes sobre lo que se considera una conducta masculina apropiada.

2. Debemos plantearnos, en función de lo anterior, si el uso de tales categorías diagnósticas refleja experiencias *diferentes* de hombres y mujeres, o bien si las categorías diagnósticas no son más que un sistema de conocimiento que refleja preocupaciones actuales de nuestra cultura.

Pero no sólo es problemática la naturaleza y el uso de estas categorías diagnósticas, sino su proliferación que facilita que cualquier conducta sea escrutada y regulada. Al tener etiquetas para denominar las cosas, las cosas cobran entidad, se les da visos de realidad, puesto que el lenguaje facilita esta consecuencia (cf. Caro, 1990).

Por ejemplo, sorprende cómo se agrupan las distintas características (por ejemplo, «robos en tiendas», «mala conducción» y «sexo casual») que entran dentro del trastorno límite de la personalidad. Además sorprende que aunque se presentan como categorías puras los clínicos saben que esto no es así. Y finalmente, no está claro que su uso diagnóstico trascienda al puramente administrativo (Parker, Georgaca, Harper, McLaughlin y Stowell-Smith, 1995).

Por tanto, estas categorías no son descriptivas de la realidad, sino que son *constitutivas*. Su existencia crea los problemas. Y además son *complejos discursivos*. Es decir, formas de discurso donde un sistema de enunciados construye un objeto. En el primer caso, la argumentación de Parker *et al.* (op. cit.) se basa en los trabajos sobre anorexia nerviosa de Hepworth y Griffin de 1990 en el que se señala que el «descubrimiento» de la anorexia nerviosa en el siglo XIX, se debió a un intento de medicalizar la auto-inanición, presentándola como una condición típicamente femenina y consecuencia natural de la irracionalidad femenina. En el segundo caso

los diagnósticos establecen lugares en los que se emplaza la gente, o se los emplaza por parte de otros. En cualquier caso lo anormal siempre está en relación a lo que consideramos normal.

Creemos que este ejemplo nos puede servir para hacer una importante puntualización. Lo que no se niega en estas perspectivas es que por ejemplo, la inanición «exista», ni que pesar 30 kilos por parte de una adolescente sea peligroso para su salud y pueda conducirlo a la muerte. Desde un punto de vista postmoderno se asume que la fisiología no existe *sui generis*. Por ejemplo, tomemos el caso de la trisomía en el cromosoma 21, o síndrome de Down. Hasta muy recientemente poco se esperaba de estos niños, pero las expectativas sobre su funcionamiento han ido variando, y se ha visto que estos individuos empiezan a vivir más años, a rendir mejor en los tests y a progresar más en la escuela (Pardeck y Murphy, 1993).

Entonces, categorías como la depresión y la ansiedad, por ejemplo, definen cada una serie concreta de *transacciones psicosociales*, como luego ampliaremos. Además, estas transacciones se consideran psicopatológicas en unos contextos y no en otros. Finalmente, ciertas transacciones se consideran, en según que momentos históricos como evidencia de un mérito especial (por ejemplo, Juana de Arco), y como patológicas en otros (Wiener, 1989; Wiener y Marcus, 1994).

En definitiva, lo que aportan las diversas perspectivas postmodernas es un punto de vista que se focaliza en los componentes sociopolíticos, de negociación y construcción social que conforman y constituyen nuestra existencia. Con ellos vamos evidentemente *más allá* del estudio de la salud tal y como se ha hecho tradicionalmente. Observarlos y tenerlos en cuenta introduce aspectos importantes en los que entramos a continuación.

UNA RELECTURA DE LAS CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS

Desde el punto de vista postmodernista el modelo de enfermedad constituye una metanarrativa. Lo que sabemos está totalmente unido al lenguaje. De hecho, el conocimiento subsiste en el campo lingüístico. La relación simple entre variables, «A lleva a B» es una ilusión, puesto que son los actos lingüísticos los que dan significado a las variables mientras que las asociaciones causales parten de supuestos aceptados sobre la realidad. Las interpretaciones que hagamos serán entonces básicas para situar la enfermedad, la importancia de los síntomas y el pronóstico de un tratamiento de éxito (Pardeck y Murphy, 1993).

Además, las categorías diagnósticas sitúan las causas de los problemas en el individuo y consecuentemente el foco de tratamiento radica en la identidad personal, el control, la autonomía, etc. Sin que podamos negar la importancia de estos trabajos modernistas para el desarrollo de la psicología y su asentamiento como disciplina científica, y de las explicaciones encontradas, lo que se está planteando en la actualidad es la necesidad de un cambio que supone, como ya se ha comentado, en explorar los significados adscritos, las evaluaciones morales y las

consecuencias que están inseparablemente vinculados a las diversas circunstancias culturales sociales e históricas que rodean a lo que se ha denominado *enfermedad mental* (Hare-Mustin y Marecek, 1997).

Con este apartado queremos ofrecer algunos ejemplos de este punto de vista diferente, radical, sobre la enfermedad y la salud mental. Comenzaremos por el estudio de la ansiedad.

Ansiedad

Vivimos en un mundo en el que gracias a la ciencia y a la tecnología ha aumentado la necesidad de seguridad de los seres humanos. La angustia y el miedo se relacionan directamente con estar protegido o expuesto a lo desconocido (Gadamer, 1993). Además, vivimos en una cultura *panóptica* (Foucault, 1975) que regula nuestra conducta y la de los demás.

Siguiendo el trabajo construccionista de Hallam (1994), se destaca el contexto ideológico de la ansiedad con el papel que juega en un sistema social como el nuestro basado en la *autorregulación*, la idea de que debemos aprender a afrontar los acontecimientos de la vida, más que a buscar el cambio político. Además, esto se hace mucho más evidente en el caso de las mujeres que en el de los hombres.

De hecho la mayoría de los modelos tradicionales de tratamiento de los problemas de ansiedad (por ejemplo, Botella y Ballester, 1997; Beck, Emery y Greenberg, 1985; Nezu, Nezu, Deane, D'Zurilla, 1997) ven la búsqueda de control como un elemento que está deteriorado y que debe restaurarse, en lugar de considerar que la búsqueda de control es algo problemático y que es una categoría socialmente construida. Incluso algunos modelos actuales de tratamiento más cercanos a la perspectiva postmoderna, como por ejemplo, los modelos cognitivos construccionistas (véase al respecto, Caro, 1997), integran esta búsqueda de control como un elemento básico explicativo de la ansiedad y exploran formas diferentes de abordarla, pero sin discutir la base política de ella (Guidano, 1987; Mahoney, 1985).

Depresión

Desde esta perspectiva, síntomas depresivos como la desesperanza, la impotencia y la pérdida de valor forman parte de una transacción social (Wiener, 1989; Wiener y Marcus, 1994). En la misma línea que en el caso de la ansiedad, la depresión cumple una serie de funciones sociales, más evidentes en el caso de las mujeres, como son ver los acontecimientos de nuestra vida no como pertenecientes a la esfera pública, sino a nuestra psique, animar la autorregulación interna y lo que es más grave, destacar la responsabilidad personal más que la necesidad de un cambio social.

La depresión se ve como un atributo a pesar de la evidencia (revisada en Wiener, 1989) que demuestra que:

1. Hay un gran nivel de variabilidad en los patrones conductuales incluidos bajo la etiqueta de depresión dentro de las poblaciones clínicas.
2. Hay diferencias en los patrones conductuales que se etiquetan como depresión, para subgrupos dentro de una cultura.
3. Hay evidencia de diferencias notables en el *tipo* de conductas consideradas como depresivas en diferentes culturas.

Problemas alimentarios

Este grupo de trastornos son aquellos que mejor representan la mitificación que se hace de la vinculación entre cultura y la relación de las mujeres con sus cuerpos y la naturaleza cultural de estos trastornos (Boskind-White, 1985; Ibáñez, 1994; Mesa, Rodríguez y Blanco, 1989). La naturaleza de género de la anorexia y la bulimia se ve como incidental más que como esencial y fundamental. «El discurso de la feminidad nos puede mostrar los supuestos que se hacen sobre la construcción de la feminidad cuando vemos que ciertas categorías psiquiátricas se asignan sobre todo a mujeres. Este discurso nos puede decir mucho sobre la construcción de la masculinidad» (Hepworth, 1994, citado en Parker et al., 1995).

Para analizar la alta tasa de trastornos alimentarios las psicólogas feministas exploran las relaciones entre los puntos de vista sociales y culturales de las mujeres, el cuerpo y el deseo heterosexual. Siguiendo la revisión de Hare-Mustin y Marecek (1997), debemos destacar, en primer lugar, una serie de trabajos que se centran en cómo la delgadez se ha convertido en un estandar social de belleza. En segundo lugar, otra serie de trabajos señalan cómo los cuerpos de las mujeres se convierten en la manifestación de la riqueza y el poder social de los hombres con los que están conectados (significa la pertenencia o las aspiraciones a una clase social superior por parte del marido o del padre). Otros trabajos plantean el punto de vista equivocado que relaciona el peso con la voluntad individual y el autocontrol. Esto hace que las mujeres estén implicadas en un proceso continuo de vigilancia, de suprimir, regular, controlar sus apetitos, en vez de disfrutarlos. Este énfasis en la autonegación está relacionado con virtudes consideradas tradicionalmente como femeninas, como el sacrificio por los demás, la modestia y la restricción sexual.

Asumiendo estas consideraciones y enmarcándolas en un contexto de tratamiento diferente de la psicoterapia entendida a la manera modernista, algunos autores buscan y defienden un cambio importante en la forma de estructurar y practicar la psicoterapia en el que entramos a continuación.

EL GRUPO DE LOS DESCONTENTOS

McNamee y Gergen (1992b) en la introducción a su libro *La terapia como una construcción social* recogen los diversos proponentes de este punto de vista alternativo que ellos llaman el grupo de los *terapeutas descontentos*.

Entre los *terapeutas descontentos* se encuentran los siguientes (en McNamee

y Gergen, 1992b, págs., 2-3):

1. Los *terapeutas críticos* que señalan los fuertes sesgos de las teorías y las prácticas terapéuticas. Señalan a la terapia como una práctica valorativa que sostiene ciertos valores, disposiciones políticas y jerarquías de privilegio.

2. Los *terapeutas familiares* que en lugar de considerar la patología como algo individual la ven como una manifestación local de problemas inherentes al funcionamiento de las unidades familiares.

3. Los *psicólogos comunitarios* que no separan la «patología individual» de los procesos comunitarios, y por ello intentan incluir y trabajar con diversos aspectos de la vida comunitaria, las instituciones educativas, las condiciones económicas, los ambientes físicos, etc.

4. Las *feministas* que critican las prácticas de salud mental tradicional que oprimen a la mujer, representando y manteniendo la sociedad patriarcal.

5. Los *fenomenólogos* cuando intentan olvidarse de las ideas previas de los terapeutas sobre la disfunción psicológica de forma que entiendan el problema del paciente en sus propios términos.

6. Los *constructivistas* cuando desafían la separación tradicional entre el que conoce y lo conocido argumentando que los procesos inherentes en el organismo determinan lo que se toma por «real».

7. Los *hermenéutas* cuando argumentan que el punto de vista tradicional sobre el terapeuta como analista objetivo de los estados mentales es totalmente equivocado.

8. Los *grupos de ex-pacientes mentales* que se organizan contra la profesión psiquiátrica, argumentando que los sistemas clasificatorios son opresivos, objetivadores y sirven sólo a las profesiones en salud mental.

¿Cómo sería la práctica terapéutica desde la perspectiva postmoderna?

Desde nuestro punto de vista hacer terapia desde esta perspectiva, acabaría con la terapia tal y como la entendemos. Supondría una ruptura radical con lo establecido. Por lo complejo del tema, vemos aspectos positivos y negativos.

Por ejemplo, es importante reconocer que las teorías terapéuticas contienen supuestos explícitos sobre (Gergen y Kaye, 1992):

1. La causa o la base de la patología.
2. Sitúan esta causa en los clientes o en sus relaciones.
3. Los medios para diagnosticar tales problemas.
4. Los medios para eliminarlos.

Desde esta perspectiva el terapeuta siempre ha entrado en terapia como un experto, el que domina estos cuatro puntos anteriores, poniendo en marcha un ritual donde él es el fuerte y el cliente es el débil. Lo que no podemos dudar es que esta visión clásica, de corte modernista, funciona, o ha funcionado, pero también que presenta problemas y desventajas (Gergen y Kaye, 1992) como son:

1. No tener en cuenta las tendencias patologizantes de la profesión.
2. Es criticable su conocimiento sobre la patología y la cura.
3. Nunca se pone en duda o se amenaza la postura del terapeuta. La narrativa del cliente es reemplazada por otra que ya está determinada antes de que éste entre en terapia. Y no olvidemos que las terapias tienen tendencias hegemónicas, puesto que aunque se produzcan modificaciones, no se modifican sus planteamientos centrales, es decir, su epistemología de base.
4. La narrativa del terapeuta es una formalización abstracta, separada de las circunstancias particulares, culturales e históricas.

La sociedad postmoderna, por contra, destruye la noción modernista de autoridad y la hace llegar al campo terapéutico (Caro, 1996) siendo éste uno de los rasgos básicos que delimitan la práctica postmoderna y construccionista de la psicoterapia.

Creemos que las reflexiones que establecen los autores que se mueven en este campo son muy relevantes y afectan a la epistemología y a la praxis clínica. Es decir, desde la perspectiva postmoderna y construccionista se nos hace reflexionar sobre nuestra forma de abordar los problemas clínicos y nuestro papel en todo el proceso (Loewenthal, 1996). Por su propia naturaleza estos enfoques tienen un alto grado de diversidad, pero podemos considerar que los enfoques terapéuticos que incorporan las ideas construccionistas suelen tener en común tres aspectos básicos (Biever, de las Fuentes, Cashion y Franklin, 1998):

1. La adopción en terapia de un estilo colaborador entre paciente y terapeuta.
2. El empleo de las narrativas y de las historias
3. El reflejo, la búsqueda y el desarrollo de significados y descripciones alternativas.

Veamos, a continuación, algunos ejemplos que surgen en los grupos de los *descontentos* anteriores para hacernos una idea del alcance de sus propuestas.

Comencemos por la dificultad que supondría este cambio. Por ejemplo, una terapeuta construccionista social Hoffman (1992) plantea la dificultad de trasladar las reflexiones construccionistas a la práctica. La salida la encuentra en la idea de Andersen sobre el Equipo Reflexivo. Este consiste en pedirle a la familia que escuche al equipo hablar sobre ella, para que luego comente lo que le sugiere. En su opinión esto supuso para ella un cambio total en su trabajo. El profesional deja así de ser una «especie protegida», observando familias patológicas detrás de una pantalla o en la privacidad de su despacho y su posición superior desaparece por completo.

Hare-Mustin y Marecek (1988) recogen los esfuerzos de algunos terapeutas familiares por analizar la metáfora de la *armonía familiar* aclarando la jerarquía familiar y como esa supuesta armonía se logra a costa de la aquiescencia y acomodación de la mujer. Si se analiza la metáfora de la *lealtad familiar*, el terapeuta presta atención a cómo las necesidades de algunos miembros de la familia

están subordinadas, como una cuestión de lealtad, a los que dominan la familia. Otros trabajos en terapia familiar prestan atención a los marcos de significado que aportan las culturas específicas, latinas, afroamericanas, etc., de la familia en cuestión.

Otros autores defienden modelos psicoeducativos en los que el cliente o la familia se convierten en colaboradores y no en parte del problema, anulando con ello la tradicional relación cliente-experto. Otros siguen la estela de la psicología comunitaria y redoblan sus esfuerzos por la prevención: estrategias de intervención temprana como educación familiar y cuidado de los niños, junto acciones políticas y organización de la comunidad con vistas a disminuir el riesgo de trastornos mentales (Hare-Mustin y Marecek, 1997).

Lo que es evidente es el cambio radical de esta propuesta construccionista. Por ejemplo, Wiener y Marcus (1994) proponen que el terapeuta deje de atender a los síntomas y escuche a sus clientes de forma diferente, buscando los temas y guiones que subyacen a sus problemas. En su opinión se deben entender todas las acciones humanas en su contexto y en función de las matrices socioculturales en las que se ven inmersas. Se propone, también, que el terapeuta sea un tanto *irreverente* según Cecchin (1992) y se plantee en primer lugar que relaciones muy distintas (i.e., la relación terapéutica, las condiciones institucionales, culturales e históricas) han contribuido a construir al terapeuta como un moralista, un controlador social, etc. El terapeuta debe recordar que su posición, construida en un momento complejo interactivo, es una *co-construcción*. Nada hay al margen de un contexto. Finalmente, el terapeuta debe ser responsable de sus propias acciones y opiniones. El terapeuta se atreve a usar sus propios recursos para intervenir, construir rituales, reenmarcar situaciones, conductas, ideas, etc., pero debe mantener siempre una cierta ironía. Tanto es así que Cecchin (1992, pág. 93) llega a aconsejar que el terapeuta siga a diversos líderes en diversos momentos, pero que nunca obedezca a un modelo o teoría de terapia en concreto.

Un último ejemplo lo tenemos en el siguiente párrafo que describe la terminación de Cecchin (1992) a una sesión de terapia (resumido de Cecchin, 1992, págs. 92-93):

«No puedo evitar pensar que muchos de los problemas de tu familia se deben a un patrón patriarcal que oprime a la mujer. Algunas de las historias que me habeis contado me lo sugieren, por lo que voy a daros algunas instrucciones para romper este patrón. Pero debo deciros que algunos colegas (que están tras el espejo) no están de acuerdo con ello. He discutido con ellos al respecto y hemos llegado a la conclusión de que siga con lo que pienso sólo durante cinco sesiones, puesto que no puedo evitar deciros lo que creo que es correcto».

Según Cecchin (op. cit.) con este ejemplo el terapeuta se hace responsable de sus acciones, las pone en un contexto cultural, ofrece una interpretación alternativa

(lealtad a patrones patriarcales), establece una estructura temporal para su convicción (cinco sesiones) y deja claro que lo que dice no es independiente del observador ni del contexto, sino la consecuencia de estándares éticos, que surgen de la historia personal del terapeuta, del contexto cultural y de la orientación teórica.

Conclusión

Debemos reconocer el desafío que suponen para la psicología estas nuevas propuestas. La psicología como disciplina científica no ha estado exenta de polémica desde su inicio (Koch, 1985; Miller, 1985). A los dos frentes tradicionales de la psicología científica, le ha aparecido un tercero, que podría corresponder a la propuesta postmoderna (Pinillos, 1994, 1997; Seoane, 1997; Caro, 1998). El futuro efecto de este planteamiento está por ver y aquí nos hemos limitado a introducirlo en el campo de la salud y la psicoterapia.

Ahora bien, las dudas surgen cuando nos preguntamos *cómo* podemos aplicar los comentarios anteriores sobre algunas categorías diagnósticas, o *cómo* podemos practicar la psicoterapia desde esta perspectiva. En este sentido, nuestra sensación es que hay más dudas que respuestas, más preguntas abiertas que respuestas dadas, más sugerencias que afirmaciones, más arranques que desarrollos completos, etc.

Pero de lo que estamos seguros es que nuestros viejos criterios empleados para juzgar la práctica clínica tradicional no pueden ser empleados en este contexto. Creemos que nos movemos en un contexto más amplio, en un contexto, como ya hemos dicho, que implica una forma radicalmente diferente de entender la psicología como disciplina científica, en primer lugar, y en segundo lugar, de articular las diversas disciplinas psicológicas. De todo ello se derivaría, y en tercer lugar, un marco distinto de trabajo y un rol profesional también diferente. A todo ello vale la pena prestarle atención, y como muy bien comenta Dowd (1998) en su introducción a un monográfico sobre el construccionismo social en terapia: «en mi vida he encontrado que al final he aprendido más de aquellos con los que estoy en desacuerdo que de aquellos con los que estoy de acuerdo» (p. 134).

En este artículo nos centraremos en los planteamientos y las nuevas prácticas terapéuticas defendidas por algunos autores que desde una postura posmodernista, critican de lleno los valores y supuestos de la psicología tradicional y el modo cómo se refleja en el diagnóstico, evaluación y tratamiento psicológicos. Con este fin se expondrá, brevemente, la teoría construccionista social, entrando en algunas consideraciones sobre temas importantes que pueden afectar a la visión sobre nuestro trabajo terapéutico.

Palabras clave: *postmodernismo, construccionismo, psicoterapia, criterios diagnósticos, psicología social.*

- 1) Los diccionarios médicos la definen como una «afición morbosa al vagabundeo» y proviene del griego *drapeteúein*, huir o escaparse (Diccionario Terminológico de Ciencias Médica, 1974).
- 2) Un autor constructivista que se acoge a la perspectiva postmoderna es Guidano. Este en uno de sus libros recientes, *El sí mismo en proceso* (Guidano, 1991) hace toda una crítica a la nosología psiquiátrica. Brevemente, las categorías diagnósticas se ven como vestidos que se quitan y se ponen, absolutamente vacías de contenido y de orientación para la clínica. En su lugar, Guidano postula una orientación hacia los procesos que explique la dinámica y el paso de la normalidad a la neurosis y a la psicosis.

Referencias bibliográficas:

- BECK, A.T., EMERY, G., & GREENBERG, R.L. (1985). *Anxiety disorders and phobias. A cognitive perspective*. Nueva York: Basic Books.
- BEKKER, M.H.J. (1996). Agoraphobia and gender: A review. *Clinical Psychology Review*, 16, 129-146.
- BERGER, P., & LUCKMANN, T. (1966). *The social construction of reality*. Garden City: Doubleday. (Trad. cast., Amorrotu, 1968).
- BIEVER, J.L., DE LAS FUENTES, C., CASHION, L., & FRANKLIN, C. (1998). The social construction of gender: a comparison of feminist and postmodern approaches. *Counselling Psychology Quarterly*, 11 (2), 163-180.
- BOSKIND-WHITE, M. (1985). Bulimarexia: A sociocultural perspective. En S.W. Emmett (Comp.), *Theory and treatment of anorexia nervosa and bulimia* (pp. 113-126). Nueva York: Brunner/Mazel.
- BOTELLA, C., & BALLESTER, R. (1997). *Trastorno de pánico: Evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- BRODSKY, A.M., & STEINBERG, S.L. (1995). Psychotherapy with women in theory and practice. En B. Bongar & L.E. Beutler (Comps.), *Comprehensive textbook of psychotherapy* (pp. 295-310). Oxford: Oxford University Press.
- CARO, I. (1990) (Comp.). *Psicología y semántica general*. Valencia: Promolibro. (Colección de Psicología Teórica).
- CARO, I. (1996). La psicoterapia en una sociedad postmoderna. *Revista de Psicoterapia*, 24, 29-44.
- CARO, I. (1997). Las psicoterapias cognitivas: modelos básicos. En I. Caro (Comp.), *Manual de psicoterapias cognitivas* (pp. 37-52). Barcelona: Paidós.
- CARO, I. (1998). De la modernidad a la postmodernidad en psicología. *Boletín de Psicología*, Septiembre.
- CECCHIN, G. (1992). Constructing therapeutic possibilities. En S. McNamee & K.J. Gergen (Comps.), *Therapy as social construction* (pp. 86-95). Londres: Sage. (Trad. cast., Barcelona: Paidós, 1996).
- CORTÉZ GONZÁLEZ, R., BIEVER, J.L., GARDNER, G.T. (1994). The multicultural perspective in therapy: A social constructionist approach. *Psychotherapy*, 31, 515-524.
- COX, S. & RADLOFF, L. (1984). Depression in relation to sex roles: differences in learned susceptibility and precipitating factors. En C. Spatz Widom (Comp.), *Sex roles and psychopathology* (pp. 123-144). Nueva York: Plenum Press.
- Diccionario terminológico de ciencias médicas* (1974). Madrid: Salvat.
- DOWD, T.S. (1998). Social construction in counselling psychology. *Counselling Psychology Quarterly*, 11, 2, 133-134.
- EBERLE, T.S. (1993). Social psychology and the sociology of knowledge. *Revista de Psicología Social*, 8, 5-14.

- EISLER, R.M. & BLALOCK, J.A. (1991). Masculine gender role stress: Implications for the assessment of men. *Clinical Psychology Review*, 11, 45-60.
- EFRAN, J.S., LUKENS, M.D., & LUKENS, R.J. (1990). *Language, structure and change*. Nueva York: W.W. Norton.
- FOUCAULT, M. (1975). *Surveiller et punir*. París: Gallimard. (Trad. cast., Madrid: Siglo XXI, 25ª edición, 1996).
- FOX, D., & PRILLELTENSKY, I. (1997) (Comps). *Critical psychology. An introduction*. Londres: Sage.
- FRANK, J.D., & FRANK, J.B. (1991). *Persuasion and healing. A comparative study of psychotherapy*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- GADAMER, H-G. (1993). *Über die Verborgenheit der Gesundheit*. Frankfurt: Suhrkamp Verlag. (Trad. cast., Barcelona: Gedisa, 1996).
- GERGEN, K.J. (1982). *Toward transformation in social knowledge*. Londres: Sage (Edición de 1994).
- GERGEN, K.J. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40, 266-275.
- GERGEN, K.J. & KAYE, J. (1992). Beyond narrative in the negotiation of therapeutic meaning. En S. McNamee & K.G. Gergen (Comps.), *Therapy as a social construction* (pp. 166-185). Londres: Sage. (Trad. cast., Barcelona: Paidós, 1996).
- GUIDANO, V. (1987). *Complexity of the self. A developmental approach to psychopathology and therapy*. Nueva York: Guildford Press.
- GUIDANO, V. (1991). *The self in process*. Nueva York: Guildford Press. (Trad. cast., Barcelona: El sí-mismo en proceso. Paidós, 1994).
- HALLAM, R.S. (1994). Some constructionist observations on “anxiety” and its history. En T.R. Sarbin & J.I. Kitsuse (comps.), *Constructing the social* (pp. 139-156). Londres: Sage.
- HARE-MUSTIN, R. & MARECEK, J. (1988). The meaning of difference. Gender theory, postmodernism and psychology. *American Psychologist*, 43, 455-464.
- HARE-MUSTIN, R., & MARECEK, J. (1990). Gender and the meaning of difference: Postmodernism and psychology. En R. Hare-Mustin & J. Marecek (comps.), *Making a difference. Psychology and the construction of gender* (pp. 22-64). New Haven: Yale University Press. (Trad. cast., Barcelona: Ed. Herder, 1994).
- HARE-MUSTIN, R. & MARECEK, J. (1997). Abnormal and clinical psychology: The politics of madness. En D. Fox e I. Prilleltensky (comps.) *Critical Psychology. An introduction* (pp. 104-120). Londres: Sage.
- HIGGINBOTHAM, H.N., WEST, S.G., & FORSYTH, D.R. (1988). *Psychotherapy and behavior change. Social, cultural and methodological perspectives*. Nueva York: Pergamon Press.
- HOFFMAN, L. (1992). A reflexive stance for family therapy. En S. McNamee & K.J. Gergen (Comps.), *Therapy as social construction* (pp. 7-24). Londres: Sage. (Trad. cast., Barcelona: Paidós, 1996).
- HORWITZ, A.V. (1982). *The social control of mental illness*. Nueva York: Academic Press.
- IBÁÑEZ, E. (1994). *Psicología y obesidad*. En F.J.C. Soriguer Escofet (Comp.). *La obesidad* (pp. 149-158). Madrid: Díaz de Santos.
- KOCH, S. (1985). The nature and limits of psychological knowledge. Lessons of a century qua “science”. En S. Koch & D.E. Leary (Comps.), *A century of psychology as science* (pp. 75-99). Nueva York: McGraw-Hill.
- LAUNGANI, P. (1992). Cultural variations in the understanding and treatment of psychiatric disorders: India and England. *Counselling Psychology Quarterly*, 5, 231-244.
- LOEWENTHAL, D. (1996). The postmodern counsellor. *Counselling Psychology Quarterly*, 9, 373-382.
- LORBER, J., & FARRELL, S.A. (1991) (Comps.). *The social construction of gender*. Londres: Sage.
- LUPTON, D. (1994). *Medicine as culture. Illness, disease, and the body in Western societies*. Londres: Sage.
- MAHONEY, M.J. (1985). Psychotherapy and human change processes. En M.J. Mahoney, & A. Freeman (Comps.), *Cognition and psychotherapy* (pp. 1-48). Nueva York: Plenum Press. (Trad. cast., Barcelona: Paidós, 1988).
- MCCREARY, D.R., WONG, F.Y., WIENER, W., CARPENTER, K.M., ENGLE, A., NELSON, P. (1996). The relationship between masculine gender role stress and psychological adjustment: A question of construct validity? *Sex Roles*, 34, 507-516.
- MCNAMEE, S., & GERGEN, K.J. (1992a) (Comps). *Therapy as a social construction*. Londres: Sage.
- MCNAMEE, S., & GERGEN, K.J. (1992b). Introduction. En S. McNamee & K.J. Gergen (comps.), *Therapy as social construction* (pp. 1-6). Londres: Sage. (Trad. cast., Barcelona: Paidós, 1996).
- MESA, P., RODRÍGUEZ, J.M., & BLANCO, A. (1989). Planteamientos clínicos y modelos explicativos de la anorexia nerviosa. *Boletín de Psicología*, 25, 75-102.

- MILLER, G.A. (1985). The constitutive problem of psychology. En S. Koch & D. Leary (Comps.), *A century of psychology as science* (pp. 40-45). Nueva York: McGraw-Hill.
- NEZU, A.M., NEZU, C.M., DEANER, S.L. & D'ZURILLA, T.J. (1997). El estado de la cuestión de los enfoques en resolución de problemas. En I. Caro (Comp.), *Manual de psicoterapias cognitivas. Estado de la cuestión y procesos psicoterapéuticos* (pp. 171-179). Barcelona: Paidós.
- PARDECK, J.T., & MURPHY, J.W. (1993). Postmodernism and clinical practice: A critical analysis of the disease model. *Psychological Reports*, 72, 1187-1194.
- PARKER, I., GEORGACA, E., HARPER, D., MCLAUGHLIN, T., & STOWELL-SMITH, M. (1995). *Deconstructing psychopathology*. Londres: Sage.
- PINILLOS, J.L. (1994). El segundo frente de la psicología científica. *Papeles del Colegio*, 59.
- PINILLOS, J.L. (1997). *El corazón del laberinto. Crónica del fin de una época*. Madrid: Espasa Calpe.
- PRILLELTENSKY, I. (1989). Psychology and the status quo. *American Psychologist*, 44, 795-802.
- RADLEY, A. (1994). *Making sense of illness. The social psychology of health and disease*. Londres: Sage. (edición de 1995).
- SEOANE, J. (1997). Prólogo. El escenario postmoderno de la psicología social. En G. COLLIER, H.L. MINTON & G. REYNOLDS (Comps.), *Escenarios y tendencias de la psicología social*. Madrid: Ed. Tecnos. (Original, 1991).
- SPROCK, J., & YODER, C. (1997). Women and depression: An update on the report of the APA Task Force. *Sex Roles*, 36, 269-303.
- WAKEFIELD, J.C. (1992). The concept of mental disorder. On the boundary between biological facts and social values. *American Psychologist*, 47, 373-388.
- WIENER, M. (1989). Psychopathology reconsidered: Depressions interpreted as psychosocial transactions. *Clinical Psychology Review*, 9, 295-321.
- WIENER, M., MARCUS, D. (1994). A sociocultural construction of "depressions". En T.R. Sarbin & J.I. Kitsuse (Comps.), *Constructing the social* (pp. 213-231). Londres: Sage.
- WILKINSON, S. (1997). Feminist psychology. En D. Fox e I. Prilleltensky (Comps.), *Critical psychology. An introduction* (pp. 247-264). Londres: Sage.
- WOLFE, B. E. (1984). Gender ideology and phobias in women. En C. Spatz Widom (Comp.), *Sex roles and psychopathology* (pp. 51-73). Nueva York: Plenum Press.