



Revista de la Asociación Española de
Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

aen@aen.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría
España

Desviat, Manuel

Síntoma, signo e imaginario social.

Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. XXX, núm. 105, enero-marzo, 2010, pp.
125-133

Asociación Española de Neuropsiquiatría
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265020198007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Síntoma, signo e imaginario social.

Symptom, sign and social imaginary.

RESUMEN: El síntoma cobra sentido en la biografía del sujeto, y se hace enfermedad según el imaginario colectivo. De los síntomas que dibujaban una clínica sin representación anatómica posible, que estudiara Charcot en la Salpêtrière, a la fibromialgia hay un largo discurrir de las narrativas colectivas. Cada momento histórico escenifica sus representaciones, sean las enfermedades mentales, la manera de entender la familia, la sexualidad o los credos religiosos. Los individuos tienden a expresar situaciones de malestar por medio de formas significativas para su propia cultura. No hay una semiología de la enfermedad psíquica construida con signos aconductuales, sin sentido. Hay que salir de la trampa del DSM para trabajar en la consecución de una psicopatología que permita comprender la enfermedad mental, que permita una clínica del sujeto en su diversidad.

PALABRAS CLAVE: semiología psiquiátrica. Imaginario del enfermar psíquico.

ABSTRACT: The symptom acquires sense in the subject's biography, and it's made illness in the collective imaginary. From the symptoms that drew a clinical without anatomical representation, studying by Charcot in Salpêtrière, to fibromyalgia there is a long course of collective narratives. Each historical moment staged its representations, the mental illnesses, how to understand the family, the sexuality or the religious beliefs. Individuals tend to express discontent through meaningful ways to their own culture. There is no semiology of the mental illness building with non-behavioural signs, meaningless. We must escape from the trap of the DSM to work towards achieving a psychopathology to understand mental illness, allowing a clinical of subject in its diversity.

KEYWORDS: psychiatric semiology. Mental illnesses imaginary.

1. Parto de la creencia, bastante compartida, que estamos ante una crisis de la psiquiatría y de la psicología, atenazadas, entre un reductor positivismo médico, una ideología que reduce la enfermedad mental a las ciencias moleculares del cerebro, y una demanda social proteica, medicalizada, producto de unas nuevas formas de gestión del malestar que, por parte de los gobiernos, busca en la terapia soluciones a las fallas sociales, y por parte de los ciudadanos, atajos a la felicidad.

Una crisis que se viene fraguando en las últimas décadas de la mano del pragmatismo americano, catequizada con la elaboración de los DSM¹, sobre todo

¹ DESM I DSM III1968. (Pichot P, 1983; Ionescu S, 1994)

a partir del DSM III (1979), manual que refleja el fin del predominio del psicoanálisis en la psiquiatría norteamericana². Una doctrina que había sido hegemónica desde 1940 a 1970, hasta el punto, que, como cuenta Pierre Pichot, alrededor de 1945 era prácticamente imposible para un no-psicoanalista llegar a ser jefe de un departamento universitario en EEUU (Pichot P, 2009).

Pragmatismo y crisis de los oficios de la salud mental que responde al momento histórico, a una época de crisis en occidente de los valores, a un época donde importa el manejo de las cosas, no su esencia ni siquiera sus mecanismos. Las grandes narrativas han sido arrinconadas. Los hechos sustituyen los valores en el conjunto de la sociedad. La vida líquida, como se le ha llamado por su inconsistencia (Bauman Z, 2006), y la idiocia política pueblan el imaginario colectivo, donde la insatisfacción prefabricada y permanente se puebla de marcas de consumo desechable, de bienes o remedios para todo, y en donde se incluye, como una mercancía más, los distintos remedios psi, desde las píldoras para todo a los múltiples formatos de consejo y autoayuda.

Un imaginario colectivo, que envuelve al sujeto del síntoma y a todo el escenario.

2. Se sabe desde la antropología que el individuo tiende a expresar las situaciones de malestar por medio de formas aceptables y significativas para su propia cultura. Lo mismo que sabemos que de los síntomas que dibujaban una clínica sin representación anatómica posible, que estudiara Charcot en la Salpêtrière [los mareos del cochero Porz, o las parestesias del albañil X, descritas en sus Lecciones sobre la histeria traumática (Charcot JM and Introducción, 1989), por citar ejemplos de histeria masculina], de estos síntomas “invisibles” a los “invisibles” dolores de la fibromialgia hay un largo discurrir de las narrativas colectivas. Cada momento histórico escenifica sus representaciones, sean las enfermedades mentales, la manera de entender la familia, la sexualidad o los credos religiosos. Sea cual sea la metáfora que utilicemos para dar cuenta de la enfermedad -el inconsciente y las pulsiones, los circuitos cibernéticos cognitivistas, la teoría general de sistemas o la biología molecular-...la enfermedad se integra en la experiencia humana como una realidad construida significativamente. Con Rorty podríamos decir que el mundo está fuera, pero la descripción del mundo no (Rorty R, 1998). “La vida es el asunto de contarnos a nosotros mismos historias de la vida, y de saborear historias acerca de la vida contadas por otros³. En la cons-

² Hay unos orígenes en el movimiento neokrepeliano de origen inglés (Mayer_Gros, Slater y Roth), con su enconada crítica al psicoanálisis, que en EEUU está representado por Robins, Winokur y Guze, que colabora en el DSM III (Klerman, 1978, 1985), aunque se distancian por el no mantenimiento del concepto de enfermedad.

³ Anderson H, Goolishian H A. Beyond cybernetics: Comments on Atkinson and Heath's “Further thoughts in second-order family therapy”. *family Process* 1990, 29, 157-163. Citado en: Fernández Liria A, Rodríguez Vega B (Fernández Liria A and Rodríguez Vega B, 2001)

trucción del imaginario sobre la enfermedad mental está, por tanto, la historia de los pueblos, de las comunidades y sus agrupaciones, con sus aconteceres, mitos y símbolos, con los distintos relatos que conforman su interpretación del mundo. La manera por la cual la enfermedad se expresa en cada sujeto va a reflejar la expectativa que cada sociedad tiene sobre el comportamiento de los enfermos. El síntoma cobra sentido en la biografía del sujeto, y se hace enfermedad según el imaginario colectivo. Es la comunidad la que tiene los criterios de lo normal y lo patológico, es la comunidad quien lo sanciona. Ningún síntoma psicopatológico aislado, considerado en sí, resulta sin más anormal o incluso morboso. Los síntomas más patognomónicos y alejados de lo habitual (como las alucinaciones), en determinadas circunstancias y en determinadas culturas, borran sus límites entre lo normal y lo patológico. El síntoma requiere la búsqueda de sentido del deseo, escondido o no, del enfermo, deseo que esté vinculado con el lenguaje común, con la narrativa de cada lugar y momento histórico. Tan importante es la genealogía de los genes como la genealogía cultural y mítica que se trasmite con el barrio donde se habita, con la familia de la que se descende.

3. ¿Pero qué se entiende por síntoma en psiquiatría? ¿Qué en medicina? Volvemos a encontrar aquí la escisión cartesiana, el antiguo debate cerebro-mente, naturaleza cultura, la confrontación entre ciencias naturales o ciencias del espíritu. ¿Qué enferma el cerebro o el alma? “Mente sin cerebro” o “cerebro sin mente”. Un debate que algunos creyeron resuelto con la Medicina Basada de la Evidencia. La cuestión es que hoy, en medicina, el síntoma es la expresión de la enfermedad (del mal estado de la salud de un sujeto). La medicina, y con ella la psiquiatría, no distingue generalmente entre síntoma (un fenómeno: lo que el paciente dice de su malestar) y signo (un hecho: anomalías observaciones, pruebas). Entre un acto de conducta y un coma. No distingue, pues, para la medicina todo síntoma es un hecho, un dato, expresión directa de una lesión, señal de un órgano o del mal funcionamiento fisiológico. La historia de la medicina es la progresiva entronización de los signos entendidos como hechos, la historia de la sustitución de los síntomas por los signos. Podríamos decir, que la medicina del signo se ocupa del cuerpo y de sus aparatos, pero entiende más su animalidad que su humanidad. Sólo el dolor se mantiene como un fenómeno irreductible a la objetivación. Como un fenómeno y por tanto dotado de sentido, de subjetividad. Berrios define bien la aspiración de la psiquiatría a ser como el resto de la medicina cuando concibe el síntoma psicopatológico como la interacción entre una tenue señal biológica (originada en una localización del sistema nervioso) y las capas de códigos psicosociales, calificadas como ruido, que participan en el proceso de formación del síntoma. Lo que importa es la falla biológica (Berrios G.E and Fuentenebro de Diego F, 1996). El contenido, el significado del síntoma, es irrelevante; es ruido.

Esta manera de entender el síntoma, tan común hoy, hace borrón y cuenta nueva con toda la historia de la psiquiatría, de la construcción psicopatológica de la enfermedad mental; con ella podemos desprendernos, por pre-científicas, de las obras de Pinel a Falret, de Grissinger a Kraepelin, de Jaspers a Bleuler, de Freud a Enry Ey. Por citar unos pocos que no cumplen criterios. Tenemos marcadores biológicos, predictores de respuesta, spet cerebral, protocolos, escalas, meta-análisis randomizados, y una propedéutica, un breviario que ha convertido en datos toda la semiología psiquiátrica, estableciendo criterios diagnósticos en base a ítems agrupados binariamente (presencia/ausencia) o según intensidad o gravedad, y escogidos por consenso, o por votación como decía uno de los pocos maestros que tuvo mi generación, el recién fallecido Carlos Castilla del Pino. ¡Qué si no los DSM, las CIE, y no sé cuantas escalas y clasificaciones internacionales! La evolución de los síntomas (signos) en el DSM es significativa de la evolución de la psiquiatría hoy dominante. En la 4ª edición del DSM (DSM-IV), se eliminó el diagnóstico de trastorno mental orgánico en un intento de hacer ver que todos los trastornos mentales pueden tener una base biológica o una causa “médica” (se entiende la medicina como sólo biológica), que pasa a denominarse: síndrome confusional (delirium), demencia, trastorno amnésico y otros trastornos cognitivos. Posteriormente, ahondando en el mismo esfuerzo por hacer hincapié en la base biológica de la enfermedad mental, el DSM IV y la revisión TR excluyen el término psicogénico. De forma similar se ha eliminado el término neurosis. Robert L. Spitzer lo deja claro en su introducción al DSM III, manual por antonomasia de la psiquiatría actual, que define y defiende como ateorico, y como ahistórico (Valdés Miyar N, 1983; American Psychiatric Association, 2002). Como lo tiene también claro el otro gran libro paradigmático de la psiquiatría estadounidense, el Kaplan (Sadock B.J. and Sadock VA, 2009), que en su capítulo sobre “Signos y síntomas” dedica poco más de una página a dar cuenta de los conceptos de neurosis y psicosis, que considera necesario mencionar porque se siguen utilizando en el hablar coloquial de los profesionales, y de los términos síntoma y signo que hace sinónimos; consagrando las 10 páginas siguientes del capítulo a un glosario alfabético de términos. La última edición de la Sinopsis, la 10ª, de 2009, tiene 1470 páginas⁴.

El problema es que el predominio de esta psiquiatría, que reduce el saber sobre la enfermedad a una serie de algoritmos y árboles de decisión, está haciendo que se pierda, sobre todo en las nuevas generaciones de profesionales de la salud

⁴ Hay quien afirma que este ateoricismo es una ilusión, por su deslizamiento hacia una orientación conductista o quienes plantean si no oculta la existencia de un politeorismo real (Ionescu, p 46 de) (Ionescu S, 1994). En mi opinión, detrás hay una clara orientación biológica comprometida con la psicofarmacología, uno de las pocas áreas donde se investiga junto a la genética.

mental, esa mirada amplia -que comportaba la promiscua concurrencia con la filosofía, con el arte, con la cultura- que constituyó en sus orígenes a la psiquiatría. Saber del hombre en su contexto, en su estar-en-el mundo, en su determinación histórica, social, biológica, psicológica, donde cobran sentido los síntomas. Saber en el qué se fundamentó buena parte de la psicopatología en su intento de comprender la enfermedad mental y el alcance de la conducta diagnóstica y terapéutica.

El problema es que este predominio de breviarío está haciendo que se desconozca la laboriosa construcción de la semiología psiquiátrica, iniciada con el alienismo y que Lanteri-Laura agrupa en tres grandes paradigmas en su libro *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*: el paradigma de la alienación mental, el paradigma de las enfermedades mentales y el de las estructuras psicopatológicas; y cuyo final fija en el último tercio del siglo pasado, concretamente en 1977, fecha de la muerte de Henry Ey, para concluir sin atreverse a considerar como un nuevo paradigma a la psiquiatría que se hace a partir de entonces (que de ser algo sería la del síndrome y estaría ligada a las propuestas de Kurt Schneider), y, sobre todo, preguntándose ¿a qué precio puede prescindir la psiquiatría clínica de toda referencia a una psicopatología? ¿Qué precio se paga y qué esconde este desprecio por la historia, por el sujeto enfermo, por la clínica? Pues, a poco que uno quiera, es difícil no entender, no querer ver la necesidad de una psicopatología que aporte un cuerpo teórico a nuestra práctica, que nos permita comprender la enfermedad mental y el diagnóstico y la terapia en sus enfoques psicológico, biológico y social. No hay hechos sociales sin sujeto ni sujeto sin historia ni una semiología del enfermar psíquico construida con signos aconductuales, sin sentido. El pragmatismo supuestamente ateórico de la psiquiatría hoy hegemónica encubre una teoría neopositivista consecuente con las tendencias neoliberales del momento. Supuesta verdad científica que encubre una práctica, tanto en la investigación, como en la clínica o la lucha contra el estigma, que desaloja al sujeto en beneficio del mercado. Decía Luis Martín Santos, en *Libertad, transferencia y psicoanálisis existencial* (Martín-Santos L, 1964) que no hay posibilidad de desposeer a ningún acto de la conducta humana de un resto de interpretabilidad, salvo en los comas y actos aconductuales puros. El intento de identificar el síntoma de la medicina reducida a biología con el síntoma de la psicopatología es tan burdo intelectualmente como intentar reducir todo el universo a la razón biológica. O explicar el origen de la especie humana por el creacionismo. El hecho, el síntoma psiquiátrico, como bien se ha señalado en la literatura psiquiátrica, exige de la interpretación⁵; exige de la interpretación pues contiene un mundo de sentido, que a su vez lo modifica. Aquí no vamos a

⁵ Reseño dos libros recientes de nuestra propia cantera: *La psicopatología de lo concreto*, de Pablo y Carlos Tejón (Ramos Gorostiza P and Rejón Altable C, 2002) y la revisión de Enrique Baca *Teoría del síntoma mental* (Baca E, 2007)

encontrar la estabilidad del signo médico: hay un proceso, una interacción, que muta los cuadros clínicos. Aquí la clínica es forzosamente un proceso adaptativo entre el paciente, su mundo y el terapeuta. Estamos con la definición de síntoma que hacen en su *Semiología Psiquiátrica*, Paul Bernard y Simone Trouvé (Bernard P and Trouvé S, 1978), para quienes el síntoma es el resultado dinámico, complejo, de la forma en la personalidad del sujeto ha integrado, reelaborado y transformado escenas y situaciones vividas de una manera más o menos dramática o “traumatizante”. Añadiendo que, para su comprensión e preciso tener el conocimiento de los mecanismos psicodinámicos que intervienen, y no aislar al síntoma del conjunto de la persona y del mundo que la caracteriza.

Con Freud diríamos que los síntomas expresan tanto lo que ha sido reprimido como lo que ha constituido la causa de la represión, por lo que los síntomas tienden unas veces a procurar satisfacción y otras a preservar al sujeto contra la misma (Inhibición, síntoma y angustia) (Freud S, 1968)

¿Y el signo? ¿Por qué está ambivalencia? ¿Qué diferencia en psicopatología al signo del síntoma? Decíamos antes que el signo, es, para nosotros, la señal, el artefacto, el hecho, y el síntoma el fenómeno. Fernando Colina, explica la distinción entre uno y otro con total claridad en su libro *El saber delirante* (Colina F, 2001) -la cita me sirve además para seguir mencionando libros imprescindibles-, cuando plantea dos bloques de manifestaciones delirantes: uno vinculado al significativo y otro al significado. El estallido psicótico viene a producir fragmentos del soporte material de las palabras, el significativo, esa sopa de letras que a veces constituye el lenguaje del esquizofrénico, cuyo resultado son los síntomas que denominamos primarios. Frente a estos fenómenos disolutivos de la estructura, de la integridad del paciente, éste reacciona con un esfuerzo interpretativo y resolutivo que configura el delirio de significado. Intento de reconstrucción de la crisis, respuesta, defensa del síntoma a favor de la integridad del delirante (Colina F, 2001). En palabras de Minkowski (Minkowski E, 2000) (1967) el enfermo intenta dotar de sentido a su paisaje de ruinas, más para conseguirlo fuerza necesariamente las reglas del razonamiento que consideramos correcto.

Poco más sobre el síntoma; quizás hacer ver, que existe un debate rico, más allá de la psiquiatría y del psicoanálisis, en la lingüística, en la antropología, en la filosofía, sobre signo y síntoma, significativo y significado; como lo hay sobre el imaginario. Un debate a tener en cuenta en los programas de investigación en nuestras especialidades. Algo que me lleva, antes de terminar con unas palabras sobre el imaginario colectivo de la enfermedad mental, a señalar otra de las carencias importantes en la investigación clínica: la escisión de la que ya hablara Jaspers entre quienes hacen clínica y quienes hacen investigación, o bien, más habitualmente, entre quienes ven pacientes y quienes escriben sobre cómo se ven los pacientes.

Brecha que hace que las preguntas que responden los investigadores no

sean las que se producen en la clínica, y disociación que hace que los trabajos sobre clínica sean muchas veces revisiones de la literatura internacional de escasa aplicación a la práctica cotidiana.

No hay, por lo general, al menos en la asistencia pública, equipos que se planteen la actividad como una praxis que una la teoría y la práctica, porque no hay de verdad un trabajo en equipo; hay unos que tienen el tiempo de pararse a reflexionar o más frecuentemente a fotocopiar textos, a cortar y pegar, y otros que tras la presión asistencial escasamente pueden actualizarse.

Y la cuestión es, como ya he dicho y escrito en otros lugares, que la supervivencia de la psiquiatría, de la psicología clínica, y de las formas de atención que admiten la diversidad teórica, la multiplicidad de enfoques, dentro de un modelo comunitario que pueda dar cuenta de los trastornos mentales, ya no está solo en la reordenación de los servicios, en el cierre de las instituciones asilares, en el trabajo en red, en la mayor accesibilidad y equidad de los servicios. La supervivencia, de la psicología, del modelo comunitario, está en una clínica que haga frente a la reducción de la neurofarmacopsiquiatría, que haga frente a la psiquiatría y a la psicología del signo, del dato; a las terapias vendidas al mercado.

Tenemos, después de medio siglo de reformas psiquiátricas, de desarrollo de programas de salud mental comunitaria, programas eficaces, más eficaces que nunca, pero débiles, precarios psicopatológicamente, y no siempre respetuosos con la autonomía del paciente, con su deseo o falta de deseo, con una clínica del sujeto. Hay que recuperar la clínica psicopatológica de ayer, hecha tantas veces en el adentro de la cerca de las instituciones hospitalarias, y sobre ella construir una nueva clínica que de cuenta de la diversidad del ser humano, que se construya desde la libertad y ciudadanía del paciente y en fluida confluencia con otras ramas del saber y de la técnica. Una clínica integradora que considere los enfoques psicológico-dinámico, biológico y social. (Y aquí debería jugar un papel importante un psicoanálisis ligado a lo público, social y éticamente responsable). No es de extrañar la dificultad que encontrara Lantéri-Laura para hallar algo fundante que le permitiera considerar como nuevo paradigma a la psiquiatría hoy llamada biológica, o de las neurociencias; pues, a pesar de los avances indudables de las llamadas neurociencias, ni la psiquiatría biológica ni el modelo sindrómico del DSM tienen suficiente entidad para constituirse en un nuevo paradigma que pueda explicar el hecho psicopatológico. Ni siquiera, en la psicofarmacología, donde más se ha avanzado, y sin embargo, aun no es posible la identificación de dianas moleculares en el desarrollo de nuevos fármacos, por lo que se sigue matando moscas a cañonazos como alguno de sus próceres reconoce⁶.

⁶ Miquel Casas, mesa redonda en Santiago de Compostela. Según Pichot el último gran descubrimiento de las neurociencias fue el ADN y fue en 1952.

Su predominio, el predominio de la psiquiatría del cerebro, o molecular, en la comunidad profesional de hoy día se debe sobre todo a una cuestión de poder, a la predominio del pragmatismo del que hablaba al inicio de esta conferencia, producto de las necesidades de aculturación del pensamiento político neoliberal. Se debe a la imposición de lenguajes y verdades únicas de quienes detentan el predominio de la verdad, verdades que parafraseando a Sánchez Ferlosio precisan de guardaespaldas para sostenerse (Sanchez Ferlosio R, 1994).

Las campañas contra el estigma, la lucha contra el estigma, ejemplariza cuanto decimos y señala también las dificultades de un cambio de mentalidad que supone un cambio en el imaginario profesional pero también un cambio en el imaginario colectivo. La mayoría de las campañas iniciadas, al menos en nuestro país, son campañas hechas desde el propio prejuicio, desde las propias empresas que desalojan al sujeto de la práctica psiquiátrica. Son labor de marketing de algunos profesionales líderes de opinión de las empresas farmacéutica. Y crean más estigma, y más consumo farmacéutico. Luchar contra el estigma significa cambiar las formas de hacer psiquiatría. Sólo es posible cambiar la representación social que de la enfermedad y de su tratamiento tienen las colectividades, con el ejemplo vivo de experiencias de transformación que demuestran la realidad desvalida, la fragilidad del enfermo mental grave, en especial del psicótico; experiencias que demuestran sus posibilidades de convivencia. Tenemos estudios cualitativos aquí, en España, en lugares donde se han producido reformas desinstitutionalizadoras y comunitarias que lo demuestran (Desviat M et al, 1997).

Hoy en día el hospital psiquiátrico, la gran institución opresora que movilizó las reformas psiquiátricas tras la II Guerra Mundial, ya no es la principal causa de exclusión; aunque perdure, más o menos disfrazado, ha perdido su hegemonía, es un residuo. Los muros a derribar son otros y están en la cabeza de buena parte de los profesionales y en el imaginario social, en el imaginario colectivo de los pueblos. Derribarlos supone un trabajo clínico, una recuperación del pensamiento colectivo en los equipos, la no separación de la indagación y la actividad clínica, la no separación de la teoría de la práctica, y supone, sobre todo, algo más, un trabajo ciudadano y social, desde las herramientas de nuestros oficios, para cambiar un imaginario colectivo que deposita cada vez más las dificultades y malestares a los que arroja al ciudadano la creciente alienación de la vida cotidiana en manos de expertos y chamanes, convirtiendo muchas veces en síntomas la incapacidad para hacer frente a los reveses de la existencia, o las fallas de un sistema social que predispone, cuando no provoca y prolonga las llamadas enfermedades mentales.

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) American Psychiatric Association (2002) DSM-IV-TR 2360. Barcelona: Masson.
- (2) BACA E (2007) Teoría del síntoma mental. Madrid: Triacastela.
- (3) BAUMAN Z (2006) Vida líquida. Barcelona.
- (4) BERNARD P, TROUVÉ S (1978) Semiología psiquiátrica. Barcelona: Toray-Masson.
- (5) BERRIOS G.E, Fuentenebro de Diego F (1996) Delirio. Valladolid: Trotta.
- (6) CHARCOT JM, Introducción, s. y. n. D. M. (1989) Lecciones sobre histeria traumática. Madrid: Nieva.
- (7) COLINA F (2001) El saber delirante. Madrid: Síntesis.
- (8) DESVIAT M, DELGADO CRIADO M, AND FERNÁNDEZ SAN MARTÍN MI Y OTROS. (1997) Morbilidad psiquiátrica en población general en Leganés y Pinto (Madrid). Uso de servicios de salud mental y opiniones y actitudes de la población hacia la enfermedad mental. 74. Psiquiatría Pública, 9 (5), 315-326.
- (9) FERNÁNDEZ LIRIA A, RODRÍGUEZ VEGA B (2001) La práctica de la psicoterapia. Bilbao: Biblioteca de Psicología Desclee de Brouwer.
- (10) FREUD S (1968) O.C. Madrid: Biblioteca Nueva.
- (11) IONESCU S (1994) Catorce enfoques de la psicopatología. México DF: FCE.
- (12) MARTÍN-SANTOS L (1964) Libertad, temporalidad y transferencia en el psicoanálisis existencial. Barcelona: Seix Barral.
- (13) MINKOWSKI E (2000) La esquizofrenia. México DF: FCE.
- (14) PICHOT P (2009) La psiquiatría actual. Madrid: Triacastella.
- (15) ----- (1983) Un siglo de psiquiatría. Madrid: Roche.
- (16) RAMOS GOROSTIZA P, REJÓN ALTABLE C (2002) Elesquema de lo concreto. Una introducción a la psicopatología. Madrid: Triacastela.
- (17) RORTY R (1998) Pragmatismo y política. Barcelona: Pensamiento Contemporáneo.
- (18) SADOCK B. J., SADOCK VA (2009) Kaplan&Sadock. Sinopsis de psiquiatría. (10 edn) Barcelona/Philadelphia.
- (19) SANCHEZ FERLOSIO R (1994) Venderán más años malos y nos harán más ciegos. Barcelona: Destino.
- (20) VALDÉS MIYAR N (1983) Breviario DSM-III. Barcelona: Masson.

* MANUEL DESVIAT. Psiquiatra. Centro de Salud Mental de Tetuán. Madrid.

Correspondencia: Correo electrónico: manuel.desviat@telefonica.net

** Recibido: 12/07/2009