

## EL EMBROLLO CIENTÍFICO DE LA PSICOTERAPIA: CÓMO SALIR

### THE SCIENTIFIC IMBROGLIO OF PSYCHOTHERAPY: A WAY OUT

Marino Pérez Álvarez

Universidad de Oviedo

Se introduce la noción de embrollo como instrumento crítico. Si por un lado sirve para la identificación de un estado confuso de las cosas, por otro invita a su clarificación y salida. Dos embrollos se identifican en la psicoterapia. El primero es el enigma de cómo diferentes psicoterapias tienen, sin embargo, una eficacia similar. Se aclara de acuerdo con tres niveles de análisis: ontológico (distinguiendo entidades naturales versus interactivas), antropológico (factores comunes de las psicoterapias) y psicológico (ciertos efectos sanadores inherentes a toda práctica curativa). El segundo es el problema de la demarcación entre ciencia y pseudociencia. Siendo importante, el problema de la demarcación encubre otros problemas todavía más importantes que tienen que ver con la concepción de ciencia al uso. Porque la demarcación es subsidiaria de una concepción positivista de ciencia, ella misma problemática cuando se aplica en clínica. Estos otros problemas se han identificado como mala ciencia, cientificismo e integraciónismo. Aun cuando estos embrollos se han clarificado, la salida pasa por plantear la cuestión ontológica de base acerca de qué es un trastorno psicológico, sin asumir la concepción estándar como «avería» en mecanismos internos. Se elabora una idea de trastorno que tiene su base en los problemas de la vida.

**Palabra clave:** Veredicto del pájaro Dodo, Problema de la demarcación, Pseudociencia, Mala ciencia, Cientificismo, Integracionismo, Situación-límite, Hiperreflexividad.

The notion of imbroglia is introduced as a critical instrument. If on the one hand it serves to identify a confused state of affairs, on the other it invites its clarification and a way out. Two imbroglia are identified in psychotherapy. The first is the puzzle of how different psychotherapies, surprisingly, have similar efficacy. This is clarified according to three levels of analysis: ontological (distinguishing natural versus interactive entities), anthropological (common factors of psychotherapies), and psychological (certain healing effects inherent in all healing practices). The second imbroglia is the problem of the demarcation between science and pseudoscience. Although important, the problem of demarcation conceals other even more important problems that have to do with the current conception of science. This is because the demarcation is subsidiary to a positivist conception of science, itself problematic when applied in the clinic. These other problems have been identified as bad science, scientism, and integrationism. Even when these imbroglia have been clarified, the way out is to pose the basic ontological question about what is a psychological disorder, without assuming the standard conception as a «failure» in internal mechanisms. An idea of the disorder is raised that is based on life's problems.

**Key words:** Dodo bird verdict, Demarcation problem, Pseudoscience, Bad science, Scientism, integrationism, Limit situation, Hyperreflexivity.

**T**omo la noción de embrollo inspirado por el uso que le da Gustavo Bueno en sus lecciones de 2013 sobre *El reino del hombre y el hombre histórico* referido a una acumulación confusa de cosas que por separado parecen claras. Bueno recupera el término antes usado por Benito Feijóo (1676-1764), el mismo que da nombre a la plaza donde está la Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo, en la expresión "embrollo pitagórico, más impenetrable que el Laberinto de Creta". Tal me parece el caso de la psicoterapia. El reconocimiento del embrollo obliga a plantear la salida del laberinto.

El embrollo de la psicoterapia salta a la vista desde varios lados. Si un usuario busca en internet, encontrará un maremágnum de psicoterapias, difícil de ver al final cuál sería mejor y

le convendría más. Internet es hoy, como dice Bueno, el mayor embrollo. En la perspectiva de un estudiante de psicología, la experiencia puede ser parecida. Supuesto que le expliquen las diferentes psicoterapias existentes (quizá el mejor supuesto), cada una de ellas le irá pareciendo completa y autosuficiente. Si solamente le han explicado una, a menudo contra las otras, cuando termina, quizá antes, y echa un vistazo al tablón de anuncios de su Facultad y por supuesto en internet, un mundo de otras terapias empieza a parecer. Si el estudiante ha quedado "troquelado" por la psicoterapia que le han explicado, quizá se aferre más a ella y una división nosotros/ellos empieza a darse. Si no es así, quizá busca y busca y tal vez tenga alguna epifanía y quizá quede troquelado más adelante. O siga buscando. Lo que no se sabe qué es peor: si quedar troquelado o a la deriva.

Si eres un investigador de la psicoterapia, probablemente con el "método de oro" de la investigación en clínica, típicamente, el ensayo aleatorizado controlado (RCT por su siglas en inglés) y meta-análisis, esto puede ocurrir. Por un lado, el

Recibido: 13 junio 2020 - Aceptado: 2 julio 2020

Correspondencia: Marino Pérez Álvarez. Universidad de Oviedo. Plaza Feijóo, s/n. 33003 Oviedo. España.

E-mail: marino@uniovi.es

propio método revelará una variedad de psicoterapias eficaces. Por otro, el mismo método deja fuera otra variedad de psicoterapias realmente existentes, que ni carecen de eficacia, ni son estúpidas. Aquí no estaría claro si debiéramos decir peor para esas psicoterapias o peor para el método. Puestos a ser todavía más científicos, el siguiente paso sería diferenciar entre ciencia y pseudociencia. Sin embargo, no hay criterios taxativos. El citado método de oro es ciego en cuanto a explicar cómo y por qué son eficaces las terapias. Pudiera ser el caso de que una terapia eficaz, con todas las bendiciones RTC y meta-análisis, pareciera pseudocientífica debido a lo implausible de su funcionamiento a la luz de otras terapias establecidas. Una guerra de las pseudociencias ha estallado en los últimos tiempos.

Así, pues, éste es el embrollo con el que se pueden encontrar usuarios, estudiantes e investigadores. Por un lado, una diversidad de psicoterapias razonablemente eficaces, cada una completa de manera que si no existieran las otras, éstas no se echarían de menos. Por otro, la falta de criterios claros y distintos para la demarcación entre ciencia y pseudociencia sin que el llamado “método de oro” sirva.

En primer lugar, voy a abordar ambos embrollos, en realidad el mismo, para despejar el terreno y abrir paso a su salida. Ni que decir tiene que mi planteamiento no es desde ningún lado, desde la perspectiva de dios o algo así, sino desde el terreno, pero no sin brújula y coordenadas. Ni tampoco sin dejar de ver el terreno desde fuera, a nivel de mapa, sin estar enfangado en una parcela. Será un planteamiento muy particular, tomando partido, pero no subjetivista, espontáneo o partidista, discutible, faltaría más, pero ya no dentro de la caja sin romper moldes. Tampoco cabe esperar aquí un análisis completo, con las debidas justificaciones, sino únicamente una movilización de materiales e ideas, siquiera sirvan para repensar, supuesto que es mejor que no pensar.

### EL EMBROLLO DE LA DIVERSIDAD DE PSICOTERAPIAS RAZONABLEMENTE EFICACES

El primer embrollo viene dado por la existencia de diferentes psicoterapias que, sin embargo, tienen una eficacia similar. La similitud en la eficacia no parece corresponderse con las diferencias en sus concepciones y procedimientos. Sin negar que pueda haber terapias psicológicas más eficaces que otras según los problemas, la cuestión es que ninguna de las grandes tradiciones de la psicoterapia (psicodinámica, humanista, existencial, conductual, cognitivo-conductual, contextual, sistémica, constructivista) se puede dejar de lado por falta de eficacia. Este fenómeno, como es bien conocido, recibe el nombre de «Verdicto del pájaro Dodo», tomado de Alicia en el país de las maravillas, según el cual «todos [para el caso las psicoterapias] han ganado y todas deben tener premios».

El fenómeno supone una buena y una mala noticia. Buena para los usuarios y los clínicos y mala por otro lado para los clínicos en tanto no pueden estar seguros de cómo y por qué son eficaces ya que otros haciendo cosas distintas también lo son. El fenómeno, sin duda enigmático y desafiante, ocurre en psicología y psiquiatría, pero no en medicina, quitando la

especialidad psiquiátrica. Mientras que en medicina no tendría sentido preguntar a un clínico por su enfoque (si fuera el caso, quedaría perplejo), en psicología y psiquiatría tiene sentido y mucho porque los tratamientos difieren en enfoque y procedimiento. ¿Por qué esto es así en psicología y psiquiatría y no en medicina?

Para plantear a fondo el problema, por más que tenga que ser en el espacio de un artículo, voy a movilizar tres tipos de cuestiones: ontológicas, antropológicas y psicológicas. Las cuestiones ontológicas conciernen a la naturaleza de las realidades con las que trabaja la psicología y la psiquiatría. Las antropológicas implican los factores comunes que comparten los diferentes trastornos por un lado y las distintas psicoterapias por otro. Las psicológicas se refieren a ciertos efectos potencialmente terapéuticos inherentes a toda psicoterapia.

### Cuestiones ontológicas: entidades naturales versus interactivas

La pregunta por la naturaleza de los fenómenos psicológicos y psiquiátricos—qué tipo de cosa, ente o realidad son—, lleva a la distinción entre entidades naturales y entidades interactivas, establecida por el filósofo de la ciencia Ian Hacking. Las entidades naturales son fijas, ahí-dadas, indiferentes a las clasificaciones, interpretaciones y conocimientos que se tengan de ellas. Sean por caso, una molécula, una neurona, una piedra, el agua, un caballo, un planeta o las estrellas. Por más que se bendiga el agua, se llame “burro” a un caballo o se vean constelaciones zodiacales en las estrellas, en agua, caballo y estrellas se quedan, indiferentes. Por su lado, las entidades interactivas son influenciadas por las clasificaciones, interpretaciones y conocimientos que se tengan, típicamente, los humanos. La bendición de alguien en una ceremonia religiosa o familiar dando aprobación a una relación, no deja indiferente. Si llaman “burro” a alguien, por ejemplo, a un niño en la escuela, puede que asuma ese rol o reaccione en contra. El estudio de las constelaciones zodiacales en relación con la fecha de nacimiento puede que lleve a alguien a orientar su vida por el horóscopo. Las campañas de sensibilización dirigidas a la población general acerca de ciertos problemas cotidianos terminaron por recalificarlos al extremo de convertirlos en trastornos mentales como ansiedad social, trastorno de pánico, trastorno bipolar o TDAH, por citar unos cuantos (González-Pardo y Pérez-Álvarez, 2007; Pérez-Álvarez, 2018).

Según ya he apuntado, las realidades con las que trabaja la psicología y la psiquiatría serían entidades interactivas, susceptibles de ser influenciadas al hilo de su propia descripción. Las descripciones no dejan de ser también prescripciones, reordenando las realidades de cierta manera que parecen que fueran así de forma natural. Pero su naturaleza es interactiva, no fija, indiferente. La psicoterapia se basa en esta posibilidad. Por lo mismo que no hay psicoterapia para la diabetes o la hepatitis. El “gran ataque de histeria” descrito por Charcot a finales del siglo XIX, es solamente el caso más espectacular de un proceso en el que la descripción constituye la propia realidad que describe. Los clínicos nece-

sitan, por supuesto, reordenar y clasificar el material con el que trabajan, por lo que las entidades interactivas se denominan también entidades o tipos prácticos, en orden a su clasificación, estadísticas, manejo clínico, tratamiento, etc. Pero eso no quiere decir que sean entidades naturales como las enfermedades propiamente médicas. Puede que sea práctico hacerlas pasar como enfermedades, pero habría que ver práctico para qué, quién y a costa de qué.

Las entidades interactivas o tipos prácticos con los que trabaja la psicología y la psiquiatría son diferentes de las entidades naturales de la medicina, sin que en estas últimas la propia descripción afecte a la entidad descrita, su proceso patógeno y cuadro clínico. El diagnóstico de diabetes o de cáncer no altera el metabolismo de la glucosa o el proceso tumoral. Otra cosa es que cambie el estatus de la persona (enfermo, paciente) y su situación vital y existencial. Dicho esto, nada quita que las enfermedades propiamente médicas tengan también un aspecto interactivo, mediado por procesos psicobiológicos. El placebo sin ir más lejos, sería un ejemplo. Asimismo, los problemas psicológicos pueden tener, cómo no, procesos neurobiológicos implicados que tampoco dejan de formar parte del circuito interactivo, sin necesidad de hipostasiarlos como se suele.

### **Cuestiones antropológicas: factores comunes**

Los factores comunes constituyen un tema recurrente acerca de cómo los efectos de las psicoterapias pueden deberse en parte o en buena medida a los elementos que comparten, más que a sus ingredientes específicos. Son numerosas las listas de factores comunes. Aquí me voy a atener al planteamiento del psiquiatra Jerome Frank en su estudio comparativo de las psicoterapias en una perspectiva antropológica (Frank, 1982; Frank y Frank, 1993).

Frank se refiere a los factores comunes tanto de los problemas psicológicos como de las psicoterapias. Todos los problemas psicológicos independientemente del diagnóstico que reciban comparten una desmoralización caracterizada por la preocupación y la desesperanza. El inicio de una psicoterapia, malo será que no suponga una re-moralización, alivio y esperanza. Por su parte, todas las psicoterapias comparten cuatro factores: agente sanador, sitio clínico, mitología (*rationale*) y ritual (acciones terapéuticas).

El agente sanador, para el caso un clínico, ya es como tal un factor en el proceso de ayuda y sanación, empezando por el reconocimiento social de su actividad, amén de su prestigio personal (fama, opiniones), apariencia (trato, aspecto) y la relación emocional y de confianza que establezca. La figura, aspecto, porte y comportamiento (*ethos*) del clínico no es algo trivial, un mero soporte y paso a su desempeño técnico. La competencia técnica depende de quién y cómo la lleve a cabo. La personalidad y la profesionalidad son difíciles de separar en psicoterapia. No será la primera vez que un clínico aplique técnicas de sentido común que ya alguien se las ha propuesto al consultante, pero que ahora cobran nuevo valor aplicadas en el contexto de una terapia, en un *sitio* clínico.

El sitio clínico o "ambiente de cura" como dice Frank es otro factor asociado al agente y que también es potencialmente sanador por el significado que implica, como centro de salud, hospital, unidad clínica, centro sanitario, consulta, etc. El sitio clínico no será sagrado o mágico como el de un chamán, santuario o templo, pero no es trivial. Las cosas que el clínico hace y dice en su sitio, en tiempo y forma, son más serias y "sagradas" que estas cosas en cualquier otro sitio en el que el mismo clínico haya sido abordado. El clínico no es profeta en su casa, bares o lugares en los que haya sido requerida su sapiencia. Pero en el centro donde trabaja es un chamán. Como tampoco lo que diga un cura va a misa como no lo diga en misa o un juez como no sea con toga y en el tribunal, en tiempo y forma. Lo que hace y dice el clínico en su sitio es más importante, influyente y hasta *performativo*, que lo que él mismo se cree a veces, según los pacientes refieren a menudo cosas que les influyeron a las que el clínico no les dio importancia, acaso fusionado con sus técnicas.

Con todo, la mitología o *rationale* es el componente central de la terapia, el que da sentido al agente y al sitio, así como al ritual o acciones terapéuticas que se vayan a aplicar. La mitología refiere el marco de referencia, concepción y explicación que la terapia ofrece de lo que le pasa al consultante y de lo que habría que hacer en consecuencia. Todas las psicoterapias tienen su mitología. Y todas las psicoterapias, mitología incluida, tienen su razón de ser de acuerdo al contexto histórico (Viena fin-de-siglo, California de postguerra), problema sobre el que se originó (histeria, depresión, desajustes familiares) y genio de su fundador (pocos en realidad como Freud, pero todos con su talento).

Las mitologías de las distintas psicoterapias funcionan por dos razones que se realimentan entre ellas: son verosímiles sin ser verdaderas y crean su propio nicho de auto-confirmación que las hace parecer verdaderas para sus "creyentes y practicantes". Las diferentes mitologías no pueden ser todas verdaderas, si acaso lo fuera alguna, por más que se declaren científicas y basadas en la evidencia. Pero lo que sí son todas es verosímiles, es decir creíbles, razonables, que es por lo que funcionan en alguna e incluso buena medida. La noción de mitología no está aquí por decir ficción, engaño, mentira o algo así, sin menoscabo de este uso también. La mitología no carece de sentido, logos y razón de ser. El paso del mito al logos es un *mito*.

Las mitologías o *racionales* de las psicoterapias no son tanto explicaciones *verdaderas*, como verdaderas *explicaciones*. No son explicaciones verdaderas porque no están describiendo una realidad ahí-dada, exenta, contra la que después se pueda validar. En su lugar, tratan con una realidad interactiva que reelaboran de alguna manera, no de cualquier manera. Esto tampoco quiere decir que las *racionales* sean igual de prácticas y coherentes. De hecho, algunas *racionales* podrían ser, por ejemplo, más patologizadoras que normalizadoras y responder más a unos intereses que a otros. Sin embargo, son verdaderas explicaciones porque tienen, por así decir, todo lo necesario para dar cuenta del problema y qué hacer: una concepción psicopatológica, evalua-

ción, acciones terapéuticas, etc. En este sentido decía que eran completas y autosuficientes para la labor clínica.

Las psicoterapias con su *rationale* o mitología crean sus propios nichos al hilo de su práctica, publicación de casos, investigación, literatura científica, diseminación, etc. Los nichos tienen dos ámbitos relacionados: uno dado en el curso de la terapia por así decir en sesión y otro dado a escala cultural. La terapia socializa al paciente en su modelo y enfoque, donde éste aprende el idioma del clínico. La escala cultural viene dada por la literatura científica, la formación académica y profesional, los manuales clínicos, los temarios de oposiciones, exámenes MIR/PIR, las publicaciones, la institucionalización de su práctica y el conocimiento popular. Se da una doble socialización: en la terapia misma y en la cultura clínica. El caso de "El hombre de los lobos" de Freud epitomiza este doble proceso de paciente y lector de Freud a la vez.

Charcot ya hizo historia en su día. De las sesiones de los martes en La Salpêtrière, la histeria charcotiana se extendió por Francia (y no sólo) a través de la literatura de los literatos asistentes a las famosas sesiones (por ejemplo los hermanos Goncourt) cuyas novelas leería la gente y de la literatura científica del propio Charcot que leerían los médicos (Shorter, 1992, pp. 186-193). Sin necesidad en este caso de una campaña de sensibilización a la población tipo márquetin farmacéutico, la literatura de los literatos y la literatura científica cierran el círculo. Después vendría el siglo del psicoanálisis con la mayor socialización psicológica hasta ahora conocida. Vendría también la cultura conductista y cognitivo-conductual, la humanista relanzada por la psicología positiva y el coaching, el movimiento de la autoestima, la psicotraumatología y el cerebrocentrismo, superponiéndose unas a otras. Un embrollo donde los haya.

El ritual refiere las acciones terapéuticas específicas de cada terapia. Cada psicoterapia tiene sus rituales: tumbarse en un diván, interpretaciones, análisis funcionales, auto-registros, exposición, reestructuración de creencias, relajación, tareas para casa, clarificación de valores, mindfulness, silla-vacía, recordar cosas positivas y un largo etcétera. Incluso las terapias no directivas tienen su ritual en la escucha y parafraseo de lo que dice el cliente. Hay un gran debate en psicoterapia acerca del papel específico de las técnicas en relación con los factores comunes planteado en términos de modelo médico (centrado en técnicas) y modelo contextual centrado en relaciones y factores comunes (Wampold e Imel, 2015). El debate alcanza a la cuestión si la psicoterapia es una ciencia humana o tecnológica (Pérez-Álvarez, 2019).

Una conclusión es que las técnicas funcionan en tanto forman parte del contexto de una terapia con su relación y *rationale*. Ahora bien, disponer el contexto de la terapia también tiene su *techné*: arte y ciencia. Empezando por la relación terapéutica, ésta no es algo natural, espontáneo, como si se dijera que el terapeuta nace. Al contrario, el terapeuta se hace y con diferentes grados de excelencia. Por no hablar de la *rationale*, que es la base de la psicoterapia.

### **Cuestiones psicológicas: ciertos efectos**

La psicoterapia conlleva ciertos efectos potencialmente curativos inherentes a toda práctica de sanación. Ya antes de empezar la ayuda específica, la presencia y las palabras del clínico probablemente resitúan a uno en una perspectiva cuando menos expectante dada la situación menesterosa en la que se encuentra. La acogida quizá evoque apoyos seguros que se habrán tenido en el pasado. Sobre este fondo cabe destacar ciertos efectos psicológicos bien conocidos. No son otros que el efecto placebo, Barnum, Pigmalión y Charcot.

El sempiterno efecto placebo encuentra en la psicoterapia su modelo más perfecto. Podríamos decir que la psicoterapia es placebo, si no fuera que el placebo suele tener un sentido inespecífico, psicológico oscuro, confuso, cuando no negativo, proveniente de la medicina. Más bien habría que decir que el placebo es psicoterapia (Kirsch, 2005; Wampold et al, 2016). Lo que es inespecífico en medicina (psicológico), es específico de la psicología. Aun siendo difícil, si es que no imposible, separar efecto placebo de psicoterapia, se puede conceder a tenor de su sentido médico tradicional y por mor del presente argumento, que toda psicoterapia está agraciada por el efecto placebo. Se refiere al placebo que supone la confianza, la fe y la esperanza en la terapia (empaquetadas como expectativas), y que la propia terapia va a cultivar con la alianza terapéutica, la *rationale* y demás. Por eso es prácticamente imposible comparar una psicoterapia dada con una psicoterapia-placebo. Cuando se diseña una psicoterapia-placebo enteramente comparable a una terapia verdadera (ya establecida), resulta otra terapia (psicoterapia interpersonal, terapia centrada en el presente, *befriendly*).

Una psicoterapia-placebo no deja de ser una psicoterapia, no inerte, sin propiedades específicas, como lo podría ser una pastilla-placebo. No existe psicoterapia inerte. Así, pues, de acuerdo con el sentido médico, una psicoterapia dada tendría también su efecto placebo, con la particularidad de que es homogéneo con la psicoterapia misma, inseparable al final.

El efecto Barnum como se recordará refiere la identificación que la gente suele tener con los informes psicológicos aun cuando éstos no deriven de sus resultados en las pruebas que se les han aplicado. Y tanto más esta aquiescencia en la medida en que los informes sean genéricos y ambiguos y ya no se diga favorables, sea por caso que digan que uno tiene sentido del humor, es sensible, inteligente, amigo de sus amigos. Esta aceptación contribuye, cómo no, a la confianza en el clínico y así al curso de la psicoterapia. El clínico también puede quedar impresionado por su sagacidad diagnóstica y su hábito tipo-Barnum reforzado. Los diagnósticos, con los que a menudo se identifican los pacientes, fácilmente pueden entrar en este espejismo. El hecho de que el cliente "compre" los discursos del clínico, no valida su verdad, ni la excelencia de éste. Tampoco quiere que decir que no haya discursos precisos. Como quiera que sea, el efecto Barnum contribuye probablemente al halo del terapeuta y beneficio de la terapia.

El efecto Pigmalión refiere cómo las expectativas y el empeño correspondiente puesto en juego pueden ayudar y sacar adelante a un paciente más allá del pronóstico inicial. Ya no se trata ahora sólo de las expectativas del paciente (efecto Galatea en el mito de Pigmalión), sino del propio clínico cual Pigmalión que opera el cambio. Cuántas veces los (mejores) clínicos se convierten en abogados defensores de causas de los pacientes que parecían perdidas. Esta suerte de profecía auto-cumplida también puede ser para peor, cuando no esperar gran cosa de alguien lleva a dejar de hacer lo que, de otra manera, podría hacer algo más por alguien. El efecto Pigmalión se resume en el conocido aforismo de Goethe: Trata a un hombre tal como es, y seguirá siendo lo que es; trátalo como puede y debe ser, y se convertirá en lo que puede y debe ser.

El efecto Charcot refiere el fenómeno consistente en conformar la propia realidad que uno describe como si ésta estuviera ahí dada de forma natural. Esto mismo es lo que le pasó a Charcot con su impresionante descripción del “gran ataque de histeria” que todos podían ver en vivo y en directo en sus sesiones, amén de en sus escritos y patografías. Nada más objetivo. Los diagnósticos psiquiátricos pueden incurrir fácilmente en este efecto cuando el clínico selecciona y sonsaca del paciente los síntomas que encajan con el diagnóstico que tiene en miras. El diagnóstico viene a ser un puzzle en el que el clínico tiene el diseño y el paciente las piezas (Stanghellini, 2004). Esta “sagacidad” diagnóstica contribuye al prestigio del clínico, pero no deja de tener su prestidigitación en seleccionar las piezas y armar el cuadro, dejando fuera del encuadre todo lo demás, acaso lo más importante para entender el problema del que se trata. El diagnóstico del TDAH es solamente un ejemplo conspicuo de este fenómeno (Pérez-Álvarez, 2018; Pérez-Álvarez y García-Montes, 2007).

La idea es que estos efectos (placebo, Barnum, Pigmalión, Charcot) que a menudo se solapan y complementan pueden contribuir al efecto de la psicoterapia, cualquiera de ellas, por lo que todas ganan y reclaman premio.

Las cuestiones citadas (ontológicas, antropológicas, psicológicas) aclaran el enigma de la similar eficacia de diferentes psicoterapias. Sin embargo, dejan al descubierto importantes problemas derivados de no distinguir las cualidades de las psicoterapias. Así, seguirían en pie psicoterapias que podrían ser pseudocientíficas sin dejar de ser eficaces. Asimismo, seguirían a sus anchas psicoterapias que responden al modelo biomédico, que no dejarían de ser discutibles por otro lado. Lo anterior pide una clarificación científica, lo que lleva al segundo embrollo anunciado.

## EL EMBROLLO DE LA DEMARCACIÓN ENTRE CIENCIA Y PSEUDOCIENCIA

Es más fácil mostrar que decir lo que es pseudociencia, reutilizando un conocido aforismo de Wittgenstein. La mayoría reconocemos fácilmente la astrología, la clarividencia, el creacionismo, la fe sanadora, la radiestesia, la ufología, el reiki o la terapia de renacimiento, como pseudociencias. Sin embargo, ya no sería tan fácil, de ser posible, establecer la de-

marcación entre ciencia y pseudociencia. Aun cuando también podríamos reconocer ciencias sin dudarlas como la física, la astronomía, la química, la biología evolutiva, la geología o la paleontología. La demarcación solamente parecen tenerla clara quienes no piensan gran cosa. No hay como no pensar para tenerlo claro.

### ¿Es que no hay un método científico?

Existen listas de criterios de pseudociencia. Scott Lilienfeld y colaboradores proponen una lista de nueve criterios (Lilienfeld et al, 2015, p. 7): abuso de hipótesis ad hoc, ausencia de auto-corrección, falta de revisión por pares, énfasis en la confirmación más que en la refutación, reversión de la prueba a cargo de los escépticos, ausencia de conectividad con otras disciplinas, confianza en evidencia anecdótica y testimonial, lenguaje obscurantista y el “mantra del holismo” o contexto para explicar resultados negativos. Pero, ninguno de estos criterios es marcador de pseudociencia, ni tampoco hay una puntuación de corte. Si se examina uno a uno, se vería que se solapan con la mejor ciencia. Voy a revisar el primero únicamente: el abuso de hipótesis ad hoc.

El abuso de hipótesis se vale de dos prácticas que ya son *peccata minuta* entre los investigadores: p-hacking y HARKing.

- ✓ p-hacking consiste básicamente en *hackear* los propios datos de la investigación a fin de alcanzar los niveles “p” de significación estadística mediante la selección de los datos que más contribuyen a su alcance (de los muchos obtenidos) o la recolección de los necesarios hasta alcanzarla (por ejemplo, ampliando la muestra).
- ✓ HARKing (por sus siglas en inglés de Hypothesizing After the Results are Known) consiste en (re)formular las hipótesis después de conocer los resultados.

Tanto p-hacking como HARKing son prácticas reconocidas como “pecados mortales” en la investigación en psicología y en otras disciplinas (Chambers, 2017). Ambas prácticas contribuyen a la comprobación de las hipótesis que se quieren probar sea mediante la selección de los datos “convergentes” (p-hacking) o sea que se reajusten ex post facto (HARKing). Si por este criterio fuera, ¿cuánta psicología y psiquiatría científicas no caerían del lado de la pseudociencia? De momento, estarían en pecado, no tan menudo al final.

Muchos se aferran al método científico, pero no existe como una cosa en sí. No hay ciencia sin método, pero lo que tampoco hay es el método científico. Cada una de las ciencias citadas tiene métodos distintos y algunas no son experimentales, ni tampoco basan su cientificidad en la predicción. El llamado “método de oro” de la investigación en psicoterapia no se puede tomar como criterio de demarcación, por más que sea el sustento de la práctica basada-en-la-evidencia.

En primer lugar, los RCTs son ciegos en cuanto a cómo y por qué funciona una psicoterapia, que sería de lo más científico saberlo. En segundo lugar, los RCTs muestran la eficacia para un paciente que no existe: el promedio. Por su lado, el metaanálisis no deja de ser una especie de “alquimia esta-

dística" convirtiendo en oro aleaciones de estudios (Feinstein, 1995). En cierta manera, el metaanálisis contradice la característica de la ciencia consistente en separar y diferenciar, no trabajar con mezclas, como la alquimia. Como dice Alvan Feinstein, "el atractivo intelectual de hacer metaanálisis y colecciones de estudios agregados se ha usado a menudo como huida de desafíos científicos más fundamentales" (Feinstein, 1995, p. 78). Por otra parte, la práctica basada-en-la-evidencia (reducida a RCTs + metaanálisis) deja fuera buena parte de la psicoterapia que realmente se aplica en los contextos clínicos (Fava, 2017; Feinstein y Horwitz, 1997). Entre que el "método de oro" de la investigación ofrece evidencia de un paciente que no existe y deja fuera terapias realmente existentes, no parece que debiera idolatrarse como el "becerro de oro" según se venera en la psicología y psiquiatría *mainstream*.

Por supuesto, los metaanálisis se pueden mejorar (Fava, 2017; Ioannidis, 2016). Sin embargo, lo peor del "método de oro", en mi opinión, es que formatea el modo de pensar de los investigadores en clínica, así como de los estudiantes, académicos y profesionales, como si fuera *la* manera de pensar científicamente, en vez de *una* manera de hacer ciencia, no sólo con sus limitaciones técnicas, sino con sus constricciones del propio pensamiento. Sin impugnar el "método de oro", lo que propugno es el pluralismo metodológico, sin que falten RCTs y metaanálisis. Es una lástima que la disponibilidad de una técnica estadística termine por arrasar el pensamiento científico. Los estudios de metaanálisis son muy agradecidos para sus autores y las revistas porque son muy citables, pero no suponen necesariamente un avance en el conocimiento, sino a menudo un enredamiento en metaanálisis y contra-metaanálisis y mega-metaanálisis (análisis de numeroso metaanálisis). Un embrollo.

### **EMDR y CBT como banco de pruebas**

De acuerdo con el "método de oro", una terapia como la Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares conocida como EMDR (por sus siglas en inglés), que se cita como ejemplo de pseudociencia (Herbert et al, 2000; Lohr et al, 2015), sería tan científica como la Terapia Cognitiva Conductual (CBT por sus siglas en inglés), que sería referente de terapia científica. Más allá de la evidencia mostrada, la objeción a la EMDR por la que se considera una pseudociencia, se debe a razones teóricas relativas al componente de los movimientos oculares que le da nombre y que, sin embargo, parece ser superfluo (Herbert et al, 2000; Lohr et al, 2015). Según muestran estudios de desmantelamiento de componentes, la EMDR funcionaría con sucedáneos de los movimientos oculares, como sugiere también la deriva de hipótesis ad hoc con las que se protege su nombre y concepción inicial. El achaque de pseudociencia a la EMDR viene del carácter oscuro, implausible y a lo que parece superfluo del componente que le da nombre y es su razón de existir: movimientos oculares, estimulación bilateral y reprocesamiento.

Si se aplica esta objeción a la CBT, también sería pseudo-

científica. Estudios de desmantelamiento de componentes muestran que el componente cognitivo parece ser superfluo (Dimidjian et al, 2006; Jacobson et al, 1996; Vázquez et al, 2020). Otros estudios muestran también que la cognición no parece ser el mecanismo de cambio (Burns y Spangler, 2001; Longmore y Worrell, 2007). Por otra parte, la CBT también tiene su propia deriva de hipótesis ahora invocando una oscura teoría evolucionista de "conservación de energía" (Beck y Bredemeier, 2016).

Tanto la CBT como la EMDR cuentan con apoyo empírico. Sin embargo, no parece que su funcionamiento se deba a los "mecanismos" que serían su fundamento y razón de ser. Ambas han llegado al mismo punto desde trayectorias distintas (Follette, 2018). La EMDR partía de un procedimiento oscuro, pero ha ido acumulando evidencia de su eficacia hasta cualificar como terapia empíricamente apoyada, aun cuando su explicación permanece en la oscuridad. Por su lado, la CBT partía de un procedimiento teórico claro y eficaz, cuya eficacia sin embargo se ha revelado con el tiempo ser debida a razones distintas de las que se pensaba siendo ahora oscuro su funcionamiento.

En realidad, ambas (EMDR y CBT) serían "víctimas" para su achaque pseudocientífico del mismo modelo biomédico de ciencia positivista que profesan. Me refiero a su énfasis en técnicas específicas (movimientos oculares, reestructuración cognitiva) dirigidas a supuestos mecanismos patógenos (recuerdo no procesado, esquema depresógeno) reactivando oscuros procesos de procesamiento (tautológicos, en realidad).

Una diferencia puede estar en que la EMDR tiene su apuesta en una técnica muy determinada (movimientos oculares, estimulación bilateral), como si dijéramos, todos los huevos en la misma cesta. Mientras que la CBT tiene doble cesta, una bannera cognitivo-conductual. De esta manera, la CBT se mantiene en el suelo más firme y en los carriles centrales de la autopista de la corriente principal de la psicología. Ahora bien, la EMDR está entrando con fuerza en la autopista, en vez de seguir por el arcén. Aun cuando los mecanismos que le dan nombre están por ver, ya es una terapia integradora (con componentes de muchas terapias) que sin embargo "vende" con su nombre de marca y franquicia. Lo que se ve como desleal. Esta disputa de carriles centrales puede suscitar en parte (si acaso, en parte) una guerra de la pseudociencia. Aunque sea una guerra justa, no siempre está exenta de temores e intereses.

Con todo, la cuestión aquí era someter a prueba la distinción entre ciencia y pseudociencia sobre el banco de pruebas probablemente más desafiante en la psicoterapia hoy en día como quizá lo sea el contraste de la EMDR con la CBT. De esta prueba, ambas salen, por así decir, malparadas, víctimas como yo lo veo de su propio modelo biomédico positivista. De esta prueba, no está claro si la demarcación entre ciencia y pseudociencia es fuerte o débil. Sería fuerte si damos por buena la detección de la CBT como pseudociencia siendo que se considera una referencia de psicoterapia científica. Sería débil si entendemos que, en realidad, la demarcación no es capaz de distinguir las terapias más claramente

científicas de las más sospechosas de pseudociencia. Entretanto se aclare si hay que subir el listón (Follette, 2018) o qué, la demarcación entre ciencia y pseudociencia no es la única opción de interés a la hora de valorar la calidad científica de la psicoterapia. También están la mala ciencia, el científicismo y el integracionismo. Aun cuando la EMDR y la CBT quedan en tablas y sobre la mesa, el cartero siempre llama dos veces.

### **Mala ciencia, científicismo, integracionismo**

Mala ciencia no se refiere aquí a mala práctica o abuso de la ciencia en el sentido que Ben Goldacre y Peter Gøtzsche utilizan esta expresión aplicada a la medicina. Me refiero a algo más sutil, incluso paradójico, como sería la inadecuación de la mejor ciencia (ciencia estándar, "método de oro") para el estudio de fenómenos humanos como los trastornos psicológicos y psiquiátricos. La buena ciencia podría ser mala ciencia dependiendo de a qué se aplique. Esta idea la desarrollé a propósito del TDAH a fin de entender cómo es que siendo un concepto clínicamente insostenible, está sin embargo sostenido por investigadores y clínicos convencidos a buena fe de su evidencia (Pérez-Álvarez, 2018). Tres serían los distintivos de mala ciencia como la entiendo aquí.

- 1) *Cuando la ciencia no se corresponde en el fenómeno que estudia.* Si, como se ha dicho, las realidades psicológicas y psiquiátricas son entidades interactivas (tipos prácticos), en vez de entidades o tipos naturales, un método de ciencia positivista natural no sería precisamente el más adecuado. Por poder, se puede aplicar, pero a costa de hablar de un paciente promedio, de descontextualizar los problemas y de hipostasiarlos como algo que tienen las personas.
- 2) *Cuando las preconcepciones se confirman a sí mismas.* Si por confirmación de hipótesis fuera, la psicología y la psiquiatría serían las más científicas de todas las ciencias (Fanelli, 2010). Las prácticas citadas del *hackeo* de los propios datos y de HARKing sólo son unas entre otras como la ciencia se confirma a sí misma. El análisis factorial confirmatorio ya sugiere este propósito. De los análisis factoriales, metaanálisis y redes de síntomas sale lo que metes, de modo que su aplicación sucesiva (a otras poblaciones, en otros países) da la impresión de confirmar realidades subyacentes preexistentes. Mucha ciencia clínica puntera es correlacional, abundando hoy correlaciones entre correlatos neuronales y actividades conductuales. Aunque el primer día de clase ya se dice que correlación no implica causación, en el contexto neurocéntrico actual el correlato fácilmente se toma como base, fundamento y "causa". Mala ciencia con alta tecnología y metodología.
- 3) *Cuando la ciencia impide ver los problemas de otra manera.* Con todo, este aspecto es el peor. La ciencia acumula conocimiento, pero éste también puede condicionar y constreñir el conocimiento futuro. El TDAH serían un caso paradigmático de cómo la buena ciencia es en realidad mala ciencia, en tanto impide ver el problema de otra manera (por ejemplo, como forma de vitalidad en relación

con el contexto social, familiar y escolar) y ofrecer ayudas sin necesidad de diagnóstico (Pérez-Álvarez, 2018). Muchos otros supuestos trastornos mentales admitirían un análisis y conclusiones similares. Pero para hacerlo, hay que navegar contra la corriente, sin dar por hecho la buena dirección de ésta llevando río abajo los problemas de la gente.

Como alternativa a la mala ciencia de la buena ciencia al uso, aparte de que ésta pueda ser más juiciosa, estaría sin ir más lejos el método clínico como método científico centrado en el estudio intenso de sujetos individuales. Al fin y al cabo, éste fue el método de los psicólogos más eminentes del siglo XX: Skinner, Piaget y Freud (Hoggbloom et al, 2002). Estarían también el análisis funcional de la conducta, la investigación cualitativa, la entrevista semiestructurada y, en fin, el pluralismo metodológico, sin olvidar los RCTs y el metaanálisis. No dejaría de citar como ejemplo de entrevista semiestructurada y enfoque fenomenológico aplicado a trastornos psicóticos sendos capítulos en textos editados por el profesor Eduardo Fonseca (Pérez-Álvarez y García-Montes, 2018; 2019).

El científicismo es la consideración de la ciencia como el mejor si es que no el único conocimiento sobre el que orientar los distintos aspectos de la vida y de la sociedad. Y aquí la ciencia por antonomasia es la ciencia natural (Williams y Robinson, 2016). Otras fuentes y formas de conocimiento como las ciencias sociales, las humanidades, la filosofía, la literatura y el arte, así como la tradición y el sentido común, quedan a expensas de lo que diga la ciencia natural.

El científicismo como concepto crítico de los usos excedidos de la ciencia, para nada implica ninguna desconsideración de la ciencia. Antes bien, la propia ciencia implica una autoconciencia crítica de sus propias posibilidades y límites. Antes de que existiera la ciencia a partir del siglo XVII el mundo humano ya había llegado lejos y desde entonces no parece que esté entrando en un "mundo feliz" o algo así que la ciencia estuviera haciendo. La misma idea de felicidad desborda su encerramiento en una ciencia como se arroja la psicología positiva (Pérez-Álvarez, 2016). De hecho, la psicología positiva, más que ciencia sería científicismo a base de experimentos y correlaciones que, en el mejor de los casos, muestran lo obvio como que estar bien es mejor que estar mal (Pérez-Álvarez et al, 2018). La práctica basada-en-la-evidencia no deja de tener aspectos científicistas en tanto pretende suplir la evidencia basada-en-la-practica, el sentido común, los conocimientos locales, así como la prudencia o frónesis, fundamentales en la práctica clínica que se precie. De hecho, la frónesis o prudencia se reivindicán hoy en medicina (Bontemps-Hommen et al, 2019; Saiz Fernández, 2018). Ante pandemias siguen vigentes medidas medievales como el aislamiento. Ninguna práctica basada en la evidencia se ha aplicado para salir de la pandemia, como no sea la vacuna que venga. La experiencia, la prudencia y el sentido común también cuentan.

El integracionismo refiere la tendencia a incorporar diferentes perspectivas teóricas, niveles de análisis, datos y procedimientos en relación con un tema, para el caso, los trastornos

psicológicos o psiquiátricos. Esta tendencia pone de relieve tanto la complejidad de aspectos y factores implicados, como la pluralidad de enfoques existentes. No se ha de suponer, sin más, que la pluralidad de enfoques se debe a la propia complejidad del fenómeno. La complejidad misma también puede deberse en alguna medida a la propia pluralidad de enfoques existentes. Basta que exista una tecnología para que se aplique a todo, como el célebre martillo de Maslow. Cada enfoque pone un trazo en el cuadro y reclama su parte.

La cantidad de aspectos subpersonales —moleculares, celulares, circuitos neuronales, etc.— que sin duda están implicados, entran en escena, acaso debido más a la “cientificitis” (mala ciencia, cientificismo), que a la naturaleza del problema. Todo lo que hoy en día se puede relacionar y estudiar, puede también enmarañar la propia complejidad del fenómeno. Y lo que sería peor, llevar a buscar las claves en el sitio equivocado como aquel que busca las llaves debajo de la farola. Pareciera que hoy las farolas fueran las neuroimágenes.

Un ejemplo de integracionismo se puede ver en los Criterios de Dominio de Investigación (RDoC por sus siglas en inglés), con su mezcla (sin mucho criterio) de niveles: genes, moléculas, células, circuitos, fisiología, comportamientos, autoinformes y paradigmas, dentro de su propósito de encontrar circuitos neuronales averiados. La EMDR sería otro ejemplo de integracionismo de niveles, enfoques y técnicas que, dicho sea de paso, le está sirviendo como salvoconducto frente al reproche pseudocientífico reofreciéndose como terapia de integración. Pero la integración no aclara cómo funcionan los movimientos oculares que le dan nombre. La integración tiene todos los parabienes, pero no es por sí misma lo más científico. La ciencia consiste más en separar, discernir y analizar, que en mezclar, refundir y, por así decir, tratar de sacar oro de aleaciones como hacía la alquimia.

## EN RESUMEN

La pseudociencia no es la única categoría para valorar los usos y abusos de la ciencia, ni probablemente la más relevante. Centrarse sólo en la tensión ciencia-pseudociencia, tiene dos problemas. Por un lado, da por hecho que la ciencia aplicable a los asuntos humanos es la ciencia positivista natural, en detrimento de una ciencia humana (Pérez-Álvarez, 2019; Pérez-Álvarez y García-Montes, 2019). La noción de pseudociencia es subsidiaria de la ciencia positivista natural. No deja de ser irónico que su aplicación a la CBT convierta también a esta terapia en pseudociencia, junto con la EMDR. Ambas serían víctimas de su autoconcepción científica apostada a oscuros mecanismos de procesamiento. Por otro lado, pasa por alto posibles abusos de la propia ciencia estándar, aquí identificados como mala ciencia, cientificismo e integracionismo. Si bien creo que la introducción de estas categorías desatasca el embrollo ciencia-pseudociencia, queda todo todavía en un plano epistemológico (científico) sin plantear las cuestiones ontológicas fundamentales, empezando por qué es un trastorno psicológico o psiquiátrico.

## ¿QUÉ ES UN TRASTORNO PSICOLÓGICO?

Aquí no cabe más que un apunte, ni siquiera apuntes, por dónde transcurriría el argumento. No se trata de nada insólito, sino de recuperar y reelaborar ideas de la tradición psiquiátrica y psicológica. Mi propia reelaboración tiene cuatro lados: fenomenológico, existencial, comportamental y contextual (Pérez-Álvarez, 1996; 2012, 2014, 2018; 2019; en prensa).

Un trastorno psicológico sería un problema de la vida que se ha enredado de una manera en la que los propios esfuerzos terminan por ser más parte del problema que de la solución. Los problemas de la vida serían la materia de la que se hacen los trastornos (su causa material) como, por ejemplo, adversidades, agobios, amenazas, conflictos, crisis, decepciones, frustraciones, incertidumbres, invalidación, maltrato, pérdidas, sentido de la vida, soledad, traumas. La pregunta del millón sería cuándo y por qué un problema de la vida se convierte en un trastorno, típicamente, una categoría clínica (su causa formal) según es la forma más común de categorizar y vivir los problemas en nuestra sociedad. No hay marcadores ni pruebas psicométricas. La noción de bucle podría servir para ver si un problema es ya un trastorno que está tomando entidad. La situación de bucle se percibiría en una cierta hiper-reflexividad o autoconciencia intensificada de aspectos de uno mismo que interfieren en el propio curso de la vida.

La hiper-reflexividad patógena se reconocería cuando la reflexividad ya no es clarificadora de lo que le pasa a uno, ni lleva a alguna decisión, sino que en su lugar mantiene a uno estancado, a expensas de rumias, preocupaciones, alteraciones emocionales y experiencias anómalas. La hiper-reflexividad es un concepto más amplio que la mera reflexión intelectual (rumia, preocupación). Consiste en la autopresencia intensificada de uno para sí mismo incluyendo sentimientos, emociones, recuerdos y experiencias anómalas (voces, cenestesias) que, a su vez, pueden entrar en el circuito de rumias y preocupaciones. En todo caso, interfiriendo el curso de la vida.

En esta perspectiva, un *trastorno* sería una situación vital en la que la vida se ha tornado en contra (vuelto de revés, revelado sus límites) y así ha trastornado el modo de estar en el mundo poniendo al límite las posibilidades de uno dadas las circunstancias. Permítanse estas expresiones un tanto rebuscadas para introducir la noción de *situación-límite*. La noción de situación-límite proveniente de Karl Jaspers y retomada por psiquiatras actuales, es una idea refrescante para reconcebir los trastornos. De acuerdo con ella, un trastorno no estaría ni dentro de uno, ni tampoco fuera, sino que sería uno el que estaría *dentro* de una situación. Una situación es una configuración experiencial y comportamental debida tanto a circunstancias de la vida (pérdidas, conflictos), como a lo que uno hace y deja de hacer en relación con ellas, de acuerdo a su propia historia. Se trata de un concepto relacional gestáltico (configuración), no una suma de síntomas. El modelo contextual de la depresión (frente al modelo cogni-



tivo) sería un ejemplo de situación en este sentido (Pérez-Álvarez, 2014, pp. 120-126).

Los factores biológicos, siempre implicados de una manera más o menos conspicua, están incluidos en el circuito de la situación, sin hipostasiarlos. El cerebro se concibe como órgano mediador, no causal ni creador, en todo caso formando parte de un organismo *situado* en el mundo. El organismo siempre está cambiando de manera más o menos perceptible al hilo de las actividades y vicisitudes de la vida, incluidos trastornos y psicoterapias. La noción skinneriana de *organismo cambiado* debiera excusar supuestos como almacenamiento, recuerdos no-procesados y toda esa nueva frenología de localizar trastornos en áreas cerebrales.

La noción de trastorno como bucle y situación se opone a la noción de trastorno como enfermedad debida a alguna supuesta "avería" interna de procesamiento o neuro-cognitiva. La psicoterapia no se concibe como intervención técnica de reparación de averías tipo recuerdos no-procesados (EMDR) o esquemas patógenos (CBT). De hecho, estas terapias no parecen funcionar porque hagan eso, como suponen. Tanto más o mejor que pseudocientíficas, serían en realidad "mala ciencia" según lo dicho y en particular la EMDR sería además una suerte de integracionismo salvavidas. Por su parte, la CBT se renueva con la nueva CBT-basada-en-procesos (Hayes y Hofmann, 2018; Hofmann y Hayes, 2019), a ver si es la última palabra en psicoterapia (Pérez-Álvarez, en prensa).

El trastorno como situación está en sintonía con otras nociones de la tradición psiquiátrica y psicológica entre ellas "arreglo neurótico" (expresión insuperable de Adler), "síntoma" como estrategia de sobrevivencia concebido con diferentes matices según un enfoque psicodinámico, sistémico o el reciente Marco de poder, amenaza y significado, y "reacción" antes del DSM-III. El socorrido "trastorno adaptativo" viene a ser un reconocimiento dentro de los sistemas diagnósticos de la situación o crisis por la que está pasando el consultante. Crisis, otro concepto afín. La psicoterapia en esta perspectiva se concibe como un contexto interpersonal de ayuda en la clarificación de los problemas y situación actual en orden a resituarse en un horizonte de sentido (dirección y significado) más allá de los propios "síntomas". Para ello existen muchas acciones según las terapias, como análisis funcional de la conducta, clarificación de conflictos, confrontación, afrontamiento, interpretación, solución de problemas, aceptación como forma de cambio, auto-distanciamiento, clarificación de valores, etcétera, sin dejar de nombrar por mi parte las terapias existenciales y contextuales.

## CONCLUSIÓN

La noción de embrollo, siquiera fuera por su expresividad, llama la atención acerca del panorama confuso de la psicoterapia e invita a su clarificación y eventual salida. Dos embrollos se han destacado: las diferentes psicoterapias similarmente eficaces y el problema de la demarcación entre ciencia y pseudociencia. El primero quedó clarificado tras su análisis en términos ontológicos, antropológicos y psicológi-

cos. El segundo quedó desatascado al mostrar que la preocupación por la pseudociencia (sin dejar de ser relevante) encubre otros problemas todavía más relevantes que alberga la ciencia al uso como la mala ciencia, el cientificismo y el integracionismo. Con todo, estas clarificaciones permanecen en un plano científico (epistemológico), sin plantear las cuestiones ontológicas de base, empezando por qué es un trastorno psicológico. Las cuestiones ontológicas son anteriores y propedéuticas para las científicas. Se ha esbozado una idea de trastorno con base en los problemas de la vida en conexión con los conceptos de situación e hiperreflexividad. Se ha mostrado la afinidad de esta concepción con otras de la tradición clínica. No se trata de empezar de nuevo, sino de empezar a pensar fuera de la caja, recuperando y reelaborando ideas de la tradición clínica.

## CONFLICTOS DE INTERESES

No existe conflicto de intereses

## REFERENCIAS

- Beck, A. T. y Bredemeier, K. (2016). A Unified Model of Depression: Integrating Clinical, Cognitive, Biological, and Evolutionary Perspectives. *Clinical Psychological Science*, 4(4), 596-619. <https://doi.org/10.1177/2167702616628523>
- Bontemps-Hommen, M.C.M.L., Vosman, F.J.H. y Baart, A.J. (2019). The multiple faces of practical wisdom in complex clinical practices: An empirical exploration. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 1-8. [doi.org/10.1111/jep.13119](https://doi.org/10.1111/jep.13119)
- Burns, D. D. y Spangler, D. L. (2001). Do changes in dysfunctional attitudes mediate changes in depression and anxiety in cognitive behavioral therapy? *Behavior Therapy*, 32, 337-369. [doi.org/10.1016/S0005-7894\(01\)80008-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80008-3)
- Chambers, C. (2017). *The Seven Deadly Sins of Psychology: A Manifesto for Reforming the Culture of Scientific Practice*. Princeton University Press.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmalzing, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., Gallop, R., McGlinchey, J. B., Markley, D. K., Gollan, J. K., Atkins, D. C., Dunner, D. L. y Jacobson, N. S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 658-670. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.4.658>
- Fanelli, D. (2010). "Positive" Results Increase Down the Hierarchy of the Sciences. *PLoS ONE*, 5(4): e10068. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0010068>
- Fava, G. A. (2017). Evidence-based medicine was bound to fail: A report to Alvan Feinstein. *Journal of Clinical Epidemiology*, 84, 3-7. [doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.01.012](https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.01.012)
- Feinstein, A (1995). Meta-analysis: statistical alchemy for the 21st century. *Journal of Clinical Epidemiology*. 48 (1): 71-9. [doi:10.1016/0895-4356\(94\)00110-c](https://doi.org/10.1016/0895-4356(94)00110-c)
- Feinstein, A. R. y Horwitz, R. I. (1997). Problems in the "evidence" of "evidence-based medicine". *American Journal of Medicine*,

- 103, 529–35. [https://doi.org/10.1016/S0002-9343\(97\)00244-1](https://doi.org/10.1016/S0002-9343(97)00244-1)
- Follette, W. C. (2018). Pseudoscience persists until clinical science raises the bar. *Behavior Therapist*, 41, 24-31.
- Frank, J. D. (1982). Therapeutic components shared by all psychotherapies. En J. H. Harvey & M. M. Parks (Eds.), *Master lecture series, Vol. 1. Psychotherapy research and behavior change* (p. 9–37). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10083-001>
- Frank, J. y Frank, J. B. (1993). *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy*. JHU Press.
- González-Pardo, H. y Pérez-Álvarez, M. (2007). *La invención de los trastornos mentales*. Alianza.
- Herbert, J.D., Lilienfeld, S.O., Lohr, J.M., Montgomery, R.W., O'Donohue, W.T., Rosen, G.M.,... Tolin, D.F. (2000). Science and pseudoscience in the development of eye movement desensitization and reprocessing: Implications for clinical psychology. *Clinical Psychology Review*, 20, 945-971. [dx.doi.org/10.1016/S0272-7358\(99\)00017-3](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00017-3)
- Haggblom, S. J., Warnick, J. E., Jones, V. K., Yarbrough, G. L., Russell, T. M., Borecky, C. M., et al. (2002). The 100 most eminent psychologists of the 20th century. *Review of General Psychology*, 6, 139–152. DOI: 10.1037//1089-2680.6.2.139
- Hayes, S. C. y Hofmann, S. G., eds. (2018). *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. New Harbinger.
- Hofmann, S. G. y Hayes, S. C. (2019). The Future of Intervention Science: Process-Based Therapy. *Clinical Psychological Science*, 7(1), 37–50. <https://doi.org/10.1177/2167702618772296>
- Ioannidis, J. P. (2016). Evidence-based medicine has been hijacked: a report to David Sackett. *Journal of Clinical Epidemiology*, 73, 82–86. doi: 10.1016/j.jclinepi.2016.02.012
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., Gortner, E. y Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive - Behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 295-304. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.2.295>
- Kirsch, I. (2005) Placebo psychotherapy: synonym or oxymoron? *Journal of Clinical Psychology*, 6, 791–803. [doi.org/10.1002/jclp.20126](https://doi.org/10.1002/jclp.20126)
- Lilienfeld, S. O., Lynn, S. J. y Lohr, J. M. (2015). Science and pseudoscience in clinical psychology: Initial thoughts, reflections, and considerations. En S. O. Lilienfeld, S. J. Lynn, & J. M. Lohr (Eds.), *Science and pseudoscience in clinical psychology* (p. 1–16). The Guilford Press.
- Lohr, J. M., Gist, R., Deacon, B., Devilly, G. J. y Varker, T. (2015). Science- and non-science-based treatments for trauma-related stress disorders. En S. O. Lilienfeld, S. J. Lynn y J. M. Lohr (Eds.), *Science and pseudoscience in clinical psychology* (pp. 277–321). Guilford.
- Longmore, R.J. y Worrell M. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy? *Clinical Psychology Review*, 27(2), 173-187. doi:10.1016/j.cpr.2006.08.001
- Pérez-Álvarez, M. (1996). *Tratamientos psicológicos*. Universitat.
- Pérez-Álvarez, M. (2012). *Las raíces de la psicopatología moderna. La melancolía y la esquizofrenia*. Pirámide.
- Pérez-Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Síntesis.
- Pérez-Álvarez, M. (2016). The Science of Happiness: As Felicitous as It Is Fallacious. *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology*, 36, 1-19. DOI: 10.1037/teo0000030
- Pérez-Álvarez, M. (2018). *Más Aristóteles y menos Concerta@ Las cuatro causas del TDAH*. NED.
- Pérez-Álvarez, M. (2019). La psicoterapia como ciencia humana, más que tecnológica. *Papeles del Psicólogo*, 40, 1-14. [doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2877](https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2877)
- Pérez-Álvarez, M. (en prensa). Estructura y funcionamiento de la psicoterapia. En E. Fonseca-Pedrero (Ed.). *Manual de tratamientos psicológicos: adultos*. Pirámide
- Pérez-Álvarez, M. y García Montes, J. M. (2007). The Charcot Effect: The invention of mental disorders. *Journal of Constructivist Psychology*, 20, 4, 309-336.
- Pérez-Álvarez, M. y García-Montes, J. M. (2018). Evaluación fenomenológica más allá de los síntomas. En E. Fonseca-Pedrero (Ed.). *Evaluación de los trastornos del espectro psicótico* (pp.331-363). Pirámide.
- Pérez-Álvarez, M. y García-Montes, J. M. (2019). La filosofía de la ciencia aplicada a la psicología clínica: pensando en psicosis. En E. Fonseca-Pedrero (Ed.). *Tratamientos psicológicos para la psicosis* (pp. 123-144). Pirámide.
- Pérez-Álvarez, M., Sánchez-González, J. C. y Cabanas, E. (2018). *La vida real en tiempos de la felicidad. Crítica de la psicología (y la ideología) positiva*. Alianza.
- Saiz Fernández, L. C. (2018). Psicostimulantes para el TDAH: análisis integral para una medicina basada en la prudencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38, 301-330.
- Shorter, E. (1992). *From paralysis to fatigue. A history of psychosomatic illness in the modern era*. The Free Press.
- Stanghellini G (2004) The puzzle of the psychiatric interview. *Journal of Phenomenological Psychology*, 35, 183–195. DOI: 10.1163/1569162042652191
- Vázquez, F. L., López, L., Torres, Á. J., Otero, P., Blanco, V., Díaz, O. y Páramo, M. (2020). Analysis of the Components of a Cognitive-Behavioral Intervention for the prevention of Depression Administered via Conference Call to Nonprofessional Caregivers: A Randomized Controlled Trial. *International journal of environmental research and public health*, 17(6), 2067. <https://doi.org/10.3390/ijerph17062067>
- Wampold, B. E., Frost, N. D. y Yulish, N. E. (2016). Placebo effects in psychotherapy: A flawed concept and a contorted history. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 3, 108–120. <http://dx.doi.org/10.1037/cns0000045>
- Wampold, B. E. e Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). Routledge.
- Williams, R. y Robinson, D. (2016). *Scientism: the new orthodoxy*. Bloomsbury.