

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/386416530>

Política y Perspectiva de Clase en la Psicoterapia

Article · December 2024

DOI: 10.5944/rdp.v35i129.41685

CITATIONS

0

READS

26

1 author:



José Luis Martorell


National Distance Education University

77 PUBLICATIONS 93 CITATIONS

SEE PROFILE

Artículo

Política y Perspectiva de Clase en la Psicoterapia

José Luis Martorell Ypiéns 

Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), España

INFORMACIÓN

Recibido: Junio 16, 2024
Aceptado: Agosto 31, 2024

Palabras clave:

Salud mental
Política, psicoterapia
Perspectiva de clase
Perspectiva de género
Psiquiatría Radical
Mistificación

RESUMEN

La creciente demanda de atención en salud mental, especialmente en los jóvenes, refleja un malestar social que no siempre se ve reflejado en la psicoterapia. Se propone la adopción de una perspectiva de clase, junto con la de género. Se analiza el papel que la conciencia de los determinantes socioeconómicos y políticos podría tener en la eficacia de la psicoterapia. Se analizan las propuestas de la Psiquiatría Radical de Claude Steiner y el concepto de mistificación de Ronald Laing y se sintetizan algunas posibles intervenciones en la terapia

Politic and Class Perspective in Psychotherapy

ABSTRACT

The growing demand for mental health care, especially in young people, reflects a social unrest that is not always reflected in psychotherapy. The adoption of a class perspective is proposed, along with a gender perspective. The role that awareness of socioeconomic and political determinants could play in the effectiveness of psychotherapy is analyzed. The proposals of Claude Steiner's Radical Psychiatry and Ronald Laing's concept of mystification are analyzed and some possible interventions in therapy are synthesized.

Keywords:

Mental health
Politic
Psychotherapy
Class perspective
Gender perspective
Radical Psychiatry
Mistification

Mi abuela contaba que en el Madrid asediado de la guerra civil, con graves problemas de abastecimiento y escasez de comida, un médico le diagnosticó anemia y le prescribió una dieta de carne roja y pescado. Ante la mirada incrédula de mi abuela el médico se encogió de hombros, probablemente desbordado, y ahí terminó la consulta.

No es banal preguntarnos si estamos actuando en nuestras consultas como el médico de mi abuela, trabajando para empoderar, liberar, entrar en contacto con nuestro mejor *self*, superar los sentimientos de futilidad y los guiones de fracaso, trabajando el apego, la mentalización, los mensajes parentales, los pensamientos disfuncionales y apoyándonos en el establecimiento de una alianza terapéutica positiva, el análisis funcional de la conducta, el análisis del par transferencia-contratransferencia, la consideración positiva incondicional y cualquier otra combinación de magníficas carnes rojas y pescados frescos en medio de un asedio invisible pero perfectamente tangible en condiciones laborales, acceso a la vivienda, deterioro de la sanidad, desigualdad económica, perpetuación de los privilegios e instauración de la desesperanza como estrategia política y de poder.

Parece que hay un tímido renacer de la consideración de los factores políticos y sociales en el malestar psicológico de la población, algunas declaraciones de responsables políticos (de izquierdas, vaya por Dios) en el sentido de que además de ir a terapia podría ser complementario afiliarse a un sindicato así lo indican, pero, en lo que a la profesión de psicoterapeuta afecta tendríamos que saber qué hacer para enfrentar, o ayudar a enfrentar, ese asedio al que nos tiene sometidos, a nosotros y a nuestros pacientes, el capitalismo desinhibido y feroz que vivimos. Por cierto, este asedio del capitalismo no es en esencia diferente al asedio del patriarcado -instancias de poder ejerciéndolo hasta donde puedan- y en terapia hemos visto que la perspectiva de género es una herramienta útil y poderosa. Adelanto aquí que la perspectiva de clase, solapada con la de género, es una de las propuestas de este artículo.

Toda época, por definición reinventa la rueda, como cada adolescencia reinventa las carencias paternas y descubre el amor y las espinillas, pero en nuestro campo no está demás ver qué propuestas se han hecho sobre el tema de manejarse con la influencia de lo político en la salud mental y en las opciones de tratamiento y qué podemos rescatar de ellas para el momento actual.

En mi opinión hay un antecedente muy potente en el marco de los tratamientos psicológicos. Me refiero a la Antipsiquiatría, nombre que tiene algo de inexactitud porque fue un movimiento de los años 60 del siglo pasado que no solo denunció los tratamientos de la psiquiatría imperante en su tiempo, sino que lo hizo ligando los síntomas mentales, tanto en su consideración médico-social como en su tratamiento, al entorno familiar, social y político (Basaglia, 1972; Cooper, 1974a, Laing, 1967). Particularmente, las propuestas sobre mistificación de Ronald Laing (1979) y las estrategias de la Psiquiatría Radical de Claude Steiner (1975) serán tenidas en consideración para ver qué podemos retener en una propuesta actual.

Pero vamos antes con algunos datos sobre la salud mental y su posible relación con el entorno social y político en que vivimos. Los datos de que disponemos nos hablan de un incremento de los problemas de salud mental después de la pandemia, tanto en nuestro país como, al menos, en el mundo occidental. De hecho, estamos abrumados por los datos que nos hablan de este incremento, no

siempre acompañados de una interpretación de sus causas. Por no extendernos en esta cuestión vamos a recoger, en lo que se refiere a España, los resultados del análisis que sobre salud mental hace el Ministerio de Sanidad (2022). En este estudio, recogiendo datos tanto de la Encuesta Europea de Salud en España (INE, 2021) como del Centro de Investigaciones Sociológicas (2021), se señala un aumento de los trastornos ansioso depresivos y de la sintomatología compatible con el trastorno de estrés postraumático, así como empeoramientos de patologías previas a la pandemia tales como los trastornos de la conducta alimentaria, de los cuadros psicóticos y de las conductas adictivas asociadas a las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICS). Se señala en este informe también un incremento de malos tratos a la infancia y de la violencia de género, a lo que podríamos añadir la alarma por el incremento de las conductas suicidas en la infancia y juventud. La prevalencia global de los problemas de salud mental es del 27,4% (30,2 en mujeres, 24,4 hombres). Estos datos están en la línea de lo que parece ser una tendencia global: en un estudio de la APA, reseñado por Infocop (2024), el 52% de los psicólogos y psicólogas estadounidenses encuestados informan que están observando un aumento en la gravedad de los síntomas de los pacientes, y el 56% indica que no tiene disponibilidad para recibir nuevos pacientes con tiempos de espera que pueden ser superiores a los tres meses y, como consecuencia, de esta demanda más de un tercio de los profesionales reveló sentir agotamiento.

Todos estos datos podrían ser ampliados *ad infinitum*, pero creo que queda claro que estamos en un momento donde el malestar psicológico, y la demanda de atención, ha experimentado un crecimiento y nos hace cuestionarnos por la razón de este aumento y, si podemos, situarnos de una manera útil para nuestros pacientes en este particular momento y ante las demandas específicas que se nos plantean ahora.

Como he comentado al principio del artículo, se está dando un cierto renacimiento de la consideración de los factores políticos y sociales con respecto a los síntomas psicológicos (Martorell, 2023). Cada vez más nos damos cuenta de que los factores sociales, económicos y educativos, es decir, todo aquello que depende de la política inciden en las salas de terapia. Está visión no es nueva. Personalmente, uno de los textos que más me influyó fue el trabajo de Kenneth Kaye en los años 80 del pasado siglo sobre la diada madre bebé. Lo que me llamó la atención es que Kaye (1986), situándose estrictamente en el ámbito de la investigación psicológica encontró que los factores socioeconómicos tenían una mayor potencia explicativa que los intrapsíquicos o relacionales. Las dos siguientes citas, extraídas de las conclusiones de su trabajo dan descarnadamente cuenta de ello:

“El mejor indicador para predecir si un bebé de alto riesgo manifestará déficit más tarde es el estatus socioeconómico [de la madre]... Su clase social constituía un factor de predicción [a los diez años] de déficit altamente significativo” (p.290).

“[El estatus socioeconómico] es la variable más práctica que podemos utilizar para identificar ese grupo en el que los problemas perinatales tienen más probabilidades de ser magnificados, en lugar de compensados, por los adultos a cuyo cargo está el bebé” (p.291).

Han pasado más de cuatro décadas desde esa investigación, pero el aumento de la desigualdad, el adelgazamiento de las políticas sociales y el crecimiento de las bolsas de pobreza nos indican que la relación entre pobreza o dificultades socioeconómicas y salud mental es cada vez más dramática. El aserto, tantas veces repetido últimamente, de que el código postal tiene más influencia en la salud, las oportunidades y en la mortalidad que el código genético es cada vez más evidente. En esta línea, la [Sociedad Española de Epidemiología \(2023\)](#) ha publicado unos datos cuyo resumen es que si la tasa de muertes en la población general se igualase con la tasa de la franja con más nivel educativo habría 64.960 muertes menos por año (18% del total). El nivel educativo, que a su vez correlaciona con el nivel económico, nos indica la calidad de la salud, de la vida, de la respuesta al estrés y, en última instancia, de la mayor o menor posibilidad de morir a una edad u otra.

Uno de los elementos con mayor relación con el nivel socioeconómico y la calidad de vida es el trabajo. A este respecto y aunque resulte a estas alturas un poco tópico, la [Organización Mundial de la Salud \(2022\)](#) en un estudio sobre la relación entre salud mental y trabajo concluyó que el trabajo decente es bueno para la salud mental y que, por el contrario, los entornos laborales deficientes que, por ejemplo, dan cabida a la discriminación y la desigualdad, las cargas de trabajo excesivas, el control insuficiente del trabajo y la inseguridad laboral, representan un riesgo para la salud mental. Bueno, no descubren la pólvora, pero bien está que quede dicho por tan importante institución.

El objetivo de este trabajo es la terapia en estas condiciones, pero es obvio que las intervenciones sociales tienen mucho que hacer en este ámbito. Por exponer algún caso, en Estados Unidos hay estudios recientes que indican que las acciones sociales contra la desigualdad o las situaciones de carencia tienen un impacto directo sobre la salud mental individual. Por ejemplo, programas como la distribución universal de comidas escolares, los programas de vivienda, la promoción de la estabilidad laboral o los programas de apoyo de ingresos han demostrado tener una incidencia directa sobre la salud mental de los beneficiarios de esas ayudas ([Alegría et al., 2022](#)). En Gran Bretaña el Centre for Mental Health en un amplio informe señala la importancia de las políticas sociales para la salud mental e insiste en la necesidad de evaluarlas desde este punto de vista, enfatizando que la mala salud mental le cuesta al país 300.000 millones de libras esterlinas al año y que el estrés, la depresión y la ansiedad contribuyen a 17,1 millones de días laborales perdidos en Gran Bretaña, siendo este el mayor factor de absentismo laboral en ese país. Concluye que las políticas de salud pública (incluyendo, transporte, vivienda, educación, acceso a los elementos de una vida digna) son un elemento esencial de la salud mental individual ([Young y Bell, 2024](#)).

El contexto en el que se estratifican las clases sociales (aunque este concepto haya desaparecido interesadamente, del debate público) o los distintos niveles socioeconómicos y los modos específicos en que se desarrollan las condiciones de trabajo y de vida (acceso a la sanidad, la educación o la vivienda) que, como hemos visto sucintamente, tienen una influencia directa en la salud mental y, por tanto, en lo que los pacientes llevan a nuestras salas de terapia, es el capitalismo. Sí, no se asusten, vamos a hablar de capitalismo en la terapia y vamos a seguir

siendo terapeutas, no militantes. En el mismo sentido que hemos entendido (no sé si soy muy optimista pensando que *todos* lo hemos entendido) que llevar el patriarcado a la terapia con la perspectiva de género nos ha hecho mejores terapeutas en la tarea de incrementar la lucidez de quien nos consulta. El capitalismo, como el machismo, el nacionalismo, el reguetón o la ingesta de azúcar no tiene un freno o un mecanismo de modulación en sí mismo, tiene que ser modulado desde fuera, como todo aquello que tiene que ver con el poder, la dominación o el beneficio; así nos lo enseña el análisis psicológico de la historia. La lucha por la regulación, por la compensación y por la negociación de los intereses del poder frente al grueso de la ciudadanía está en un momento especial: lo que se ha dado en llamar anarcocapitalismo, es decir, la supresión de todo control sobre el capital, ha dejado de ser una payasada pintoresca para estar amenazadoramente presente en nuestras vidas. En una escala algo menor (aparentemente) las políticas sociales son ridiculizadas y anatematizadas por opciones políticas en el poder o cerca de estarlo. Entiendo que alguien me dijera en este punto “zapatero a tus zapatos, tus opiniones sobre economía o sobre el mercado son respetables como ciudadano, pero no son de tu área de competencia”, pero en realidad sí que estoy en mis zapatos, la psicología, porque estoy hablando de cómo nos convencer de lo qué es lo mejor para mí, de que no tengo nada que hacer en ese nivel (indefensión aprendida) y de que todo problema es una oportunidad, so bobo, a ver si la aprovechas o cambias de terapeuta a uno más activo. Estoy hablando de cómo me afecta a mí, a mi depresión, a mi ansiedad, a mi autoconcepto no solo las condiciones en que vivo sino, sobre todo, como me empujan a pensar sobre ellas. Pero aun sin salirnos de la economía, algunos estudiosos nos han proporcionado conceptos y análisis que nos son útiles como terapeutas. El concepto básico es el de desigualdad por oposición al de progreso lineal. La idea de que la desigualdad y su correlato, el estancamiento social, van creciendo en las últimas décadas es una propuesta de algunos economistas actuales ([Milanovic, 2020](#); [Piketty, 2020, 2021](#)). Por cierto, estos estudiosos no solo aportan datos numéricos para apoyar su conclusión, sino que añaden alguna interpretación más cerca de lo psicológico que de lo meramente numérico. Por ejemplo, Piketty propone que tras el negacionismo climático nos enfrentamos a un negacionismo desigualitario: “Pero, en lo que respecta a las estadísticas oficiales sobre distribución de la riqueza y su necesaria redistribución, vivimos de hecho en una época de gran opacidad, hábilmente alimentada por quienes se oponen a la reducción de las desigualdades” (2020, p.252). ¿No les suena a lo que sucede en una terapia cuando estamos enfrentando el poder de un familiar sobre otro? Y, en otro texto, el propio Piketty apunta a algo necesario para luchar a nivel global contra la desigualdad: “La reapropiación del conocimiento por parte de los ciudadanos es un paso esencial en la lucha por la igualdad” (2021, p.291). Si esto no es un principio terapéutico que venga Freud y lo vea.

Resumiendo telegráficamente lo expuesto hasta aquí:

- Nuestra salud mental no es buena
- La demanda de tratamientos va en aumento.
- Lo anterior se da en un contexto socioeconómico precario, difícil o incierto para una buena parte de la población.

- La desigualdad de recursos económicos y la dificultad de ascenso social es una realidad que afecta a los individuos de un modo global.
- Estos hechos y las causas que los producen son, en buena medida, o negados u oscurecidos o desvirtuados por (algunos) importantes medios de comunicación, sociedades científicas e instituciones académicas.

Una consecuencia de lo anterior es la lectura exclusivamente en clave intrapsíquica o, en el mejor de los casos, relacional o sistémica del malestar psicológico que vemos en nuestras consultas. Y esto se refiere tanto a la interpretación de la paciente como de la terapeuta.

Las Perspectivas Metateóricas

Cuando atendemos a los juicios ideológicos que se hacen pasar por datos científicos, a los supuestos no explicitados sobre los que operamos, cuando nos proponemos revisar las actitudes y pensamientos sobre las que se ha constituido una teoría o un conjunto de ellas, estamos en una perspectiva metateórica. En la psicoterapia, la perspectiva de género ha supuesto uno de los cambios más importantes en nuestra práctica y el ejemplo por antonomasia de cómo introducir la política en la terapia, de cómo pensar en cómo la política afecta a nuestro trabajo y de qué instrumentos e intervenciones servirnos para ayudar al bienestar de una persona en concreto. Por si a alguien esto le parece abstracto voy a poner un ejemplo, de entre los muchos que se podrían poner, donde se ve lo específicamente terapéutica que puede ser esta perspectiva y, al contrario, lo yatrogénico que puede ser no adoptarla. Una de las más interesantes estudiosas de la violencia de género, [Marie-France Hirigoyen \(1999\)](#), señala que en la terapia de víctimas de violencia de género hasta que no se adoptó una perspectiva de género, el foco del/la terapeuta era centrarse en el masoquismo inconsciente de la mujer que la llevaba a relacionarse con un maltratador (p.146-156), esto no es un error técnico o de diagnóstico sino un error ideológico que vuelve a maltratar a la mujer. Un planteamiento donde se comience por nombrar el maltrato como lo que es no solo restituye la dignidad de la persona, sino que, además, abre la posibilidad de que sea terapéuticamente efectivo.

La irrupción en los años setenta del pasado siglo de un grupo de terapeutas que formalizaron los principios de la terapia feminista en una época en que lo político cabía en el discurso psicológico más claramente que ahora, nos aportó el concepto de la mujer en la terapia como sujeto político ([Lerman, 1976](#); [Perlstein, 1976](#)) y los pasos en que enmarcar la acción terapéutica ([Forisha, 1978](#); [Lerman, 1976](#)). Los resumo así:

- Incremento de la autoconciencia (self-awareness)
- Aceptación de la autoconciencia
- Reforzamiento de la autoconciencia
- Desarrollo del poder de actuar
- Desenmascaramiento de las restricciones sociales y culturales.

Las propias autoras señalan que en lo anterior están recogidos algunos principios terapéuticos comunes a varias terapias, pero dirigido a un objetivo específico no presente, o solo tangencialmente, hasta entonces en la terapia.

Aplicado específicamente a la terapia sistémica, pero perfectamente extensible a otros modelos terapéuticos, ([Walters et al. 1991](#), citado en [Polo, 2014](#)) resume los pasos para establecer la perspectiva de género en los siguientes pasos: establecimiento de un marco de referencia feminista; una fase inicial de revisión y crítica de la teoría donde no haya perspectiva de género para ser conscientes de las actitudes que mantienen los roles discriminatorios; y desarrollo de intervenciones no sexistas y feministas, lo que supone (reténalo que es muy importante) que los presupuestos patriarcales implícitos *sean abordados explícitamente en terapia*.

Lo que aquí proponemos, como se ha señalado al principio del artículo, siguiendo el modelo de la perspectiva de género es la perspectiva de clase. No quiero decir que la perspectiva de género y de clase sean dos metateorías diferentes. Probablemente, son dos orientaciones dentro del mismo modo de entender la irrupción de lo ideológico en el sometimiento, explotación, desvalorización y confusión de los seres humanos. De hecho, la relación entre patriarcado y economía ha sido señalada, como esta cita de [Piketty \(2021\)](#) deja claro: “En 1970, en Francia, el peso de las mujeres en la masa salarial era poco más del 20 por ciento, lo que ilustra hasta qué punto las cuestiones de dinero eran un asunto de hombres [...] si los ingresos se hubieran dividido entre sexos en función del tiempo de trabajo, eso habría dado lugar a una transformación radical de la distribución de la renta y de las relaciones de poder en la sociedad y en el seno de las parejas” (p.222-223). De nuevo pasamos del dinero al poder y al impacto en las personas con una facilidad asombrosa... o no tan asombrosa. Y si quieren algo más actualizado sobre la relación entre la hipertrofia del capitalismo y el patriarcado, en Argentina el gobierno de Milei después de cerrar el ministerio de la Mujer acaba de cerrar la subsecretaría contra la Violencia de Género y elimina la financiación de los programas de apoyo a mujeres y diversidades sexuales ([Lorca, 2024](#)). Cuando estos mensajes políticos de empoderamiento al negacionismo de la violencia de género resulten en conductas de violencia concretas y algunas de estas mujeres o sus hijos nos los encontremos en terapia (si no han acabado en el cementerio o en el hospital y suponiendo que haya recursos o puedan permitírsela) ¿interpretaremos su goce masoquista? ¿ayudaremos a que toda crisis sea una oportunidad de crecimiento? ¿recomendaremos *mindfulness*, en una versión posmoderna del médico de mi abuela?

En un escrito psicoanalítico antiguo, del que no he podido recuperar la cita, se decía que la mujer, el niño y el obrero eran los tres grandes negados de la historia. Su voz no contaba, su historia se ignoraba, sus deseos no se oían y, sobre ellos, como señalaba [Stierlin \(1994\)](#) se ejercía implacablemente el *poder de definición*: “yo te digo como son las cosas”, “yo te digo como tú eres”, “yo te digo como tienes que sentir, pensar y actuar”. Han pasado treinta años desde que Stierlin dijera que la verdadera lucha, la más despiadada, la más violenta, la que tiene más consecuencias, tanto a nivel individual, familiar o social, es la que se da sobre el poder de definición: “luchas en torno de qué presupuestos, distinciones fundamentales y modelos de explicación duros han de valer, y quién puede aparecer como ordenador del lenguaje” (p.150), pero pocos asertos pueden tener más validez hoy día que este, en la época de las *fake news* o de las verdades alternativas. En este ambiente social que inevitablemente se filtra en las vidas individuales no es difícil pensar que un fracaso en encontrar explicaciones o sentido a determinados aspectos de nuestra vida acabe generando síntomas. [Erik Erikson \(1983\)](#) decía

que al igual que no hay ansiedad sin tensión somática, tampoco hay ansiedad individual que no refleje una preocupación latente común al grupo inmediato (familia) y al más amplio (comunidad cultural) y así, decía, la ansiedad individual, la tensión somática y el pánico grupal son solo distintos modos en que la ansiedad humana se manifiesta. No se puede ser más elegante para describir en pocas líneas un pensamiento complejo.

¿Y con todo esto qué podemos hacer en una terapia concreta? Podemos centrarnos en una versión exclusivamente individualista de los problemas, tratarlos como si la mente de esa persona hubiera transformado la realidad hasta sentirse mal donde con otra visión podría sentirse bien. Eso y una dosis adecuada de aceptación y compromiso y listo. También podemos confiar, y ayudar a promover en lo que podamos, en las políticas sociales -los/las terapeutas no somos omnipotentes- que como hemos visto tienen un papel primordial en la salud mental. Lo cierto es que nada de eso está mal y también hay que hacerlo. Y, por supuesto, que la historia personal es decisiva y hay que atenderla. Pero, en relación con lo expuesto hasta aquí, ¿tenemos alguna herramienta más que nos permita abordar lo que han hecho los *dueños de las definiciones* con esa persona?

Ya hemos avanzado que hay algunos precedentes que nos pueden ayudar a pensar como terapeutas en lo que aquí hemos llamado perspectiva de clase. [Como el significante clase ha sido oscurecido por los dueños de las definiciones y si pienso en la clase que no tiene el poder, antes llamada obrera, veo un tipo con parches en la ropa, gorra de organillero y las uñas sucias hay que hacer un esfuerzo para ver que sí, que hay clases. Hágalo, ya que ha llegado leyendo hasta aquí.]

La Psiquiatría Radical. Claude Steiner

La Psiquiatría Radical es una aportación de [Claude Steiner \(1975\)](#), más conocido por ser, tras Eric Berne, uno de los principales teóricos del Análisis Transaccional. Sin embargo, aquí muestra su cara más política aunque utiliza conceptos del Análisis Transaccional. Posteriormente, [Steiner \(1980\)](#) describirá los juegos de poder, tema complementario a los que trata en la psiquiatría radical. El contexto es la sociedad norteamericana de finales de los años 60 y los 70, la guerra de Vietnam, las luchas por los derechos civiles de las minorías, lo que entonces se llamó el movimiento de liberación de la mujer y la contracultura. Fue un momento de mayor conciencia de que el cambio personal solo podía venir si se daba un cambio social y que los movimientos colectivos y el asociacionismo eran la vía para lograrlos. Como se ve, era un tipo de pensamiento social diferente del actual, pero tampoco hay que idealizarlo: los hippies (los que no murieron de sobredosis) acabaron en los consejos de administración de grandes empresas y sus hijos probablemente votan a Trump. Como se atribuye a John Lennon cuando le preguntaron si su generación había cambiado el mundo “siguen mandando los mismos hijos de puta solo que llevan el pelo largo”. Con todo, en el campo de la psicología, específicamente en el terreno de cómo pensar y actuar en los tratamientos psicológicos hubo algunas propuestas que quizá sea de utilidad revisar ahora.

Steiner era psicólogo pero llamó a su movimiento Psiquiatría Radical. Lo justificó con su idea de que la psiquiatría (etimológicamente, curación del alma) había sido secuestrada por

la profesión médica y que debía ser devuelta a sus orígenes, dado que, en su opinión, la mayoría de las condiciones psiquiátricas no tienen que ver con la medicina; así, cualquier persona que aborde esta curación del alma debe ser considerada psiquiatra. Aunque no está considerado uno de sus principales valedores, se le puede incluir dentro del movimiento de la Antipsiquiatría por la afinidad de sus planteamientos y por la influencia que tuvo en ellos Ronald Laing, este sí la cara más visible de la Antipsiquiatría y del que hablaremos enseguida. Este movimiento propone un cuestionamiento de los tratamientos existentes por agresivos, irrespetuosos y ciegos ante los factores sociales que promueven los problemas mentales, y, en este sentido, Steiner comulga claramente con dichos principios.

El postulado inicial de la Psiquiatría Radical es que la causa de los problemas mentales no está dentro de las personas, no es intrapsíquica. Y se hace un desplazamiento de la causalidad de los problemas psíquicos a los siguientes:

- Las relaciones alienadas
- La explotación laboral
- El medio ambiente deteriorado
- La guerra
- La orientación al beneficio

Esta propuesta tiene medio siglo y la podríamos haber hecho esta mañana. Pero usted puede haber hecho la carrera de Psicología o Psiquiatría y varios masters de especialización en carnes rojas y pescados frescos y no haber oído siquiera hablar de ella o de otras similares. Ni siquiera como advertencia o alternativa. Hasta los medicamentos de la farmacéutica más orientada al beneficio que pueda imaginar lleva en el prospecto contraindicaciones, “le advertimos que en uno de cada X casos esta terapia puede no funcionar porque algunos de sus problemas son de origen económico o social”. Decía que esta propuesta podría haber sido escrita esta mañana, hace unos meses me llegó un X de un colega, psicólogo clínico en la pública que decía lo siguiente: “Hoy nos ha llegado una derivación desde AP [Atención Primaria] por “ansiedad” en un contexto de desahucio inminente tras “mala respuesta” a paroxetina y lorazepam. ¿Pero qué demonios estamos haciendo? Aún no me lo puedo creer...” ([Inchausti, 2023](#)). Seguramente el médico de Atención Primaria era el bisnieto del que atendió a mi abuela, igual de ciego o igual de desbordado por el contexto en el que los síntomas cobran sentido.

El concepto central en la propuesta de Steiner es el de alienación. El concepto de alienación, así como posteriormente el de mistificación, están originalmente extraídos del análisis marxista de las relaciones de producción ([Marx, 1867/1984; 1932/2004](#)), aquí nos interesa el modo en que Steiner va a desarrollarlo para utilizarlo en terapia. Estar alienado es estar extrañado de la propia naturaleza sea esta psíquica o corporal. Steiner especifica diferentes modalidades de alienación: a) la alienación de la mente, la dificultad de pensar como producto de las mentiras, las ocultaciones y los descuentos o desvalorizaciones (piénsese siempre tanto en una perspectiva personal como en una social), aquí entran de lleno las *fakes news*; b) la alienación del cuerpo, programados para no sentir, para no rechazar la comida basura, para drogarnos, para experimentar el sexo como compulsión; c) la alienación de corazón, del amor, la inautenticidad de las señales con que me siento querido

(¿sustituir el aprecio genuino por los *likes*?; d) la alienación de las manos, trabajo insatisfactorio, recuérdese la advertencia de la OMS reproducida más arriba. Con todo ello se da una interesante fórmula de alienación que va a tener, en mi opinión, una cierta operatividad para manejarla con los pacientes:

ALIENACIÓN = OPRESIÓN + MISTIFICACIÓN + AISLAMIENTO

El despliegue de la fórmula sería así: la alienación se da cuando alguien hace o me hace hacer algo contra mis intereses (o no hace o no me deja hacer algo por mis intereses) y, además, me mistifica (ahora ampliaremos este concepto), es decir, oculta, reinterpreta o niega lo anterior y, además, me mantiene en aislamiento para que no me lleguen otras interpretaciones del mundo (en esta era de la hipercomunicación el aislamiento consiste en estar comunicado con el pensamiento único, como en una habitación de espejos, llena de reflejos pero en la que no entra nada del exterior). Ahora sabemos que una de las estrategias preferidas de los maltratadores es el aislamiento de la víctima.

Si la terapia no ayuda al análisis de nuestras alienaciones, a incrementar la lucidez sobre lo que nos sucede, a *darse cuenta*, a desentrañar las mistificaciones *entonces la terapia forma parte de la alienación*. Esto sucede, en primer lugar, porque el terapeuta está también en la misma sociedad y en el mismo sistema que sus pacientes, y tiene que luchar contra las mismas mistificaciones que ellos. Y consciente o inconscientemente siente las mismas amenazas a su estatus y sus posibles privilegios que cualquiera (Martorell, 2014). A mí personalmente me encantan las guitarras y prefiero una Fender Stratocaster a una Palodescobaster ¿hasta qué punto me mediatiza esto? ¿qué estoy dispuesto a hacer o a no hacer para mantener mis privilegios? En todo caso, creo que es una de nuestras obligaciones planteárnoslo y ser consciente, hasta donde podamos, de la facilidad o dificultad para tomar la perspectiva de clase con nuestros pacientes.

Es interesante señalar que Steiner insiste en que junto al darse cuenta (el mismo *awarenes* que postulaba la terapia feminista) el contacto (como opuesto al aislamiento) es esencial para salir de las situaciones alienadas. Por eso propone el grupo como superior a la terapia individual, lo cual, en mi opinión es muy discutible. En realidad, para mucha gente la terapia individual es la primera ocasión de encontrarse con el otro genuinamente si el o la terapeuta lo propician. Es decir, que el darse cuenta más el contacto sería la fórmula para salir de la alienación. Esta es la fórmula de muchas terapias, lo que se añade es la lucidez sobre el papel que las condiciones culturales y socioeconómicas concretas han tenido en el pasado en la vida de un individuo particular y el que siguen teniendo en el presente. Estas condiciones vienen oscurecidas, ocultadas, en definitiva, mistificadas y esto es así por una buena razón, porque esta oscuridad favorece determinados intereses. Profundicemos, pues, en el concepto de mistificación que muchas veces es el centro de la terapia.

La Mistificación. Ronald Laing

Ronald Laing (1967, 1976, 1979) es de quien toma el concepto de mistificación Steiner. Pero Laing, a su vez, como hemos señalado, lo toma de Marx. El acierto de Laing es ver que un concepto utilizado

para iluminar la relación entre clases sociales puede ser utilizado para analizar la interacción recíproca entre personas. La definición original presenta la mistificación como una representación falsa de lo que está ocurriendo (proceso) o de lo que se está haciendo (praxis) al servicio de los intereses de alguien contra los intereses de otro. Para Marx consiste en presentar las formas de explotación como si fueran de libre intercambio de tal modo que si no se siente bien es su problema y si se rebela eso es un signo de su inestabilidad mental. Cualquier terapeuta sistémico reconocerá este proceso como igual al que sufre el paciente designado en una familia, cambiando el significativo explotación por el de imposición o control (Martorell, 2022). Por cierto, este mismo proceso describe el trato a la disidencia en los países comunistas: es el modo en que el poder se impone, si aquí hablamos de las condiciones de vida bajo el capitalismo es porque es lo que nos afecta aquí y ahora (la falsa dicotomía entre capitalismo y comunismo que toma la forma de un doble vínculo es muy interesante de analizar pero excede los límites de este artículo). Antes de abandonar el tema del uso que hace Marx del concepto de mistificación cabe decir que no es precisamente un tema que se haya destacado dentro de la teoría marxista, por lo que hay que valorar el ojo certero de Laing. Recientemente parece que hay un intento de revalorizar el concepto dentro de las teorías económicas de Marx como parte central de su análisis (Ramas, 2018).

El modo en que se presenta la mistificación es el de una explicación plausible pero falsa de lo que sucede o de lo que alguien hace. Por ejemplo, si se le dice a una mujer en el contexto de la pareja que si fuera menos descuidada yo me enfadaría menos, eso es una mistificación. Si se le dice a un empleado que si se esfuerza más yo le subiría el sueldo, eso es una mistificación. Si me repito internamente que si no aguanto con mi pareja, o con mi trabajo o con cualquier aspecto negativo de lo que me sucede me sobrevendrá una tragedia, eso es una mistificación. Se podría decir que habría que analizar cada caso, es cierto, hay que hacerlo cuidadosamente, pero este tipo de generalizaciones que *sistemáticamente me mantienen en una situación precaria o no satisfactoria y que benefician a otro* son sospechosas de ser mistificaciones (Martorell, 2012b).

Mistificar es confundir, ofuscar, ocultar, enmascarar lo que está ocurriendo, es decir, es un estado de confusión. Pero este estado de confusión no necesariamente se experimenta como tal. Un conocido y dramático ejemplo de esto es el pensamiento de que mi marido me pega porque me quiere. Un caso en terapia: un médico de unos cuarenta años -uno de los principales temas que está tratando en terapia es una necesidad exigente de reconocimiento- es contratado por una cadena de hospitales privados. Nada más incorporarse le programan cerca de cincuenta operaciones, lo que supone una exigencia mayor de la que pensaba. Su interpretación de esto en terapia es la siguiente: “si me programan tantas operaciones es que confían en mí y me ven competente”. Pues todos contentos, él, su empleador, sus pacientes (si puede atenderlos debidamente) y, desde luego, la Escuela de Chicago. Quizá su familia y su tensión arterial estén menos contentos. Eso es un ejemplo de mistificación en el que no se percibe, en el nivel consciente, la confusión.

Es interesante hacer notar que muchas mistificaciones son falsas no porque no describan una parte de la realidad sino por lo que implican sus consecuencias o por sus generalizaciones o porque ya han situado a la persona en una suerte de profecía autocumplida y de indefensión aprendida. Bob Dylan, con una de esas frases deslumbrantes con las que va empedrando sus canciones, nos

muestra una mistificación alrededor de la cual mucha gente organiza sus vidas (han sido mistificada para organizar sus vidas):

“baila con quien te lo pida o no bailarás en absoluto”

Confórmate porque no se puede pedir más. Cuando en una terapia estamos trabajando sobre las consecuencias de una vida montada sobre alguna variante de esa mistificación es muy probable que lleguemos a alguna atribución de modo de ser, que puede ser particular, “soy poco agraciado”, o parte de una clase, “la gente como yo no puede aspirar a otra cosa”. Este es el punto de confluencia entre lo personal y lo social que se ha gestado en la familia de origen. David Cooper, socio intelectual de Laing durante una época, reflejó con precisión este hecho de la siguiente forma: “La familia mediatiza la realidad social para sus niños. Si la realidad social de que se trata abunda en formas sociales alienadas, esa alienación será mediatizada para el niño individual y experimentada como extrañamiento en las relaciones familiares. En algunas de las familias más “unidas” y de los matrimonios más “felices” las relaciones familiares están más extrañadas” (Cooper, 1974a, p.50-51). Este modo de transmitir una mistificación por medio de atribuciones de modos de ser es una constante en los intentos de control de la percepción que se hacen desde cualquier instancia de poder (familia, grupal, social, cultural o política). Para utilizarlo en terapia podemos tomar el esquema clásico de los elementos existentes en toda comunicación: Emisor, Receptor, Contenido y Contexto. Si desplegamos cualquier interacción en una frase que contengan los cuatro elementos quedaría así:

Yo (emisor) te estoy diciendo a ti (receptor) esto (contenido) en este contexto

Si alguien o “algo” (el mercado, el patriarcado, la patria, la familia) necesita controlar la percepción de otro (y desde luego que lo necesita) tiene que controlar los cuatro elementos y la comunicación quedaría así (Martorell, 2012a):

Yo (que soy como yo te digo) te digo a ti (que eres como yo te digo) esto (que es lo que yo te digo) en este contexto (que yo te digo como se define)

Cuando se está trabajando con alguien en terapia es útil desplegar la mistificación que se está tratando con este esquema. Por ejemplo, despleguemos así una de las mistificaciones que proponíamos más arriba: “si fueras menos descuidada yo me enfadaría menos”.

Yo (que soy el único puede interpretar lo que pasa) te digo a ti (que eres una descuidada que depende de mí para enterarse de lo que pasa) que si fueras menos descuidada (si valieras la pena) yo me enfadaría menos (porque es tu obligación hacerme sentir bien) en este contexto de pareja que no es todo lo feliz que pudiera ser por tu culpa.

Hay que esperar al momento terapéutico óptimo para hacer esto y muchas veces requiere un largo trabajo previo, pero este es el despliegue de la mistificación que esta persona necesita. Nuestro objetivo es ayudar a alguien a darse cuenta, no ganar un adepto.

Ayudar a cuestionar lo que me mistifica, lo que me han dicho que tengo que ser o pensar. Ayudar a resemantizar, a cambiar el nombre que me dijeron que tenía que usar para poder llamar maltratador al maltratador, explotador al explotador y mentiroso al mentiroso y, luego, decidir qué hacer.

Está claro que para ayudar a alguien a trabajar en sus mistificaciones el o la terapeuta debe haber trabajado las suyas propias; esto es una parte de nuestro trabajo personal y puede que sea más útil profundizar en ello que añadir otra técnica a nuestro arsenal. Pero también requiere un posicionamiento como grupo profesional. A esto se refería Laing en la siguiente propuesta, escrita en tiempos de la guerra de Vietnam: “Desde hace mucho los psicólogos han empleado una desproporcionada cantidad de tiempo y esfuerzo en la psicopatología de lo anormal. Necesitamos ponernos al día sobre los correlatos psicológicos *normales* del estado *normal* de los acontecimientos, de los cuales Vietnam es sólo una de las manifestaciones más obviamente normal” (1976, p. 121). Sustituyamos Vietnam por Ucrania y Gaza, pero también por la dificultad de acceso a la vivienda, por la dificultad para mucha gente de tener servicios educativos o sanitarios, por la incertidumbre socioeconómica o ecológica y tendremos el estado normal de las cosas cuyo correlato psicológico normal es que las consultas están llenas para quien pueda permitírselo.

En la terapia no tenemos que ser militantes o defender ningún credo particular pero tampoco podemos seguir permaneciendo neutrales. En la terapia del maltrato hemos aprendido que permanecer neutral es estar del lado del maltratador. No hay ninguna razón para no hacer lo mismo en el terreno, social, económico o cultural. Parafraseando a David Cooper (1974b) podríamos decir que una parte importante de la terapia es encontrar a un profesional no neutral *que se encuentre del mismo lado que uno*.

Financiación

El presente trabajo no recibió financiación específica de agencias del sector público, comercial o de organismos no gubernamentales.

Conflicto de Intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

- Alegría, M., Zhen-Duan, J., O'Malley, I. S. y DiMarzio, K. (2022). A new agenda for optimizing investments in community mental health and reducing disparities [Una nueva agenda para optimizar las inversiones en salud mental comunitaria y reducir las disparidades]. *American Journal of Psychiatry*, 179(6), 402-416. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.21100970>
- Basaglia, F. (1972). *La institución negada*. Barral.
- Centro de Investigaciones Sociológicas. (10 de mayo de 2021). *Encuesta sobre la salud mental de los españoles durante la pandemia de la COVID-19*. https://www.cis.es/cis/opencms/ES/9_Prensa/Noticias/2021/prensa0492.html
- Cooper, D. (1974a). *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Paidós.
- Cooper, D. (1974b). *La gramática de la vida*. Planeta-Agostini.
- Erikson, E. (1983). *Infancia y sociedad*. Paidós.

- Forisha, B. (1978). *Sex roles and personal awareness* [Los roles sexuales y la conciencia personal]. General Learning Press.
- Hirigoyen, M.-F. (1999). *El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana*. Paidós.
- Inchausti, F. [@felixinchausti]. (4 de octubre de 2023). *Hoy nos ha llegado una derivación desde AP por "ansiedad" en un contexto de desahucio inminente tras "mala respuesta" en @felixinchausti*. X <https://x.com/felixinchausti/status/1709642127934701824?t=r02YL45F-zZS4UdyN8RDqQ&s=08>
- Infocop. (29 de enero de 2024). *Aumenta la demanda de consultas psicológicas, según la APA*. Infocop <https://www.infocop.es/aumento-de-demanda-de-consultas-psicologicas-segun-la-apa/>
- Instituto Nacional de Estadística. (26 de abril de 2021). *Encuesta Europea de Salud en España*. INEbase / Sociedad / Salud / Encuesta europea de salud en España / Resultados
- Kaye, K. (1986). *La vida mental y social del bebé. Cómo los padres crean personas*. Paidós.
- Laing, R. D. (1967). *The politics of experience and the bird of paradise* [La política de la experiencia y el ave del paraíso]. Penguin.
- Laing, R. D. (1976). Lo obvio. En H. M. Ruitenbeck (Ed.), *Hacia la locura* (pp.109-128). Editorial Ayuso.
- Laing, R. D. (1979). Mistificación, confusión y conflicto. En I. Boszormenyi-Nagi y J. Framo (Eds.), *Terapia familiar intensiva* (pp. 298-418). Trillo.
- Lerman, H. (1976). What happens in feminist therapy [¿Qué sucede en la terapia feminista?]. En S. Cox (Ed.) *Female psychology: The emerging self* (pp. nd.). Science Research Associates.
- Lorca, J. (11 de junio de 2024). Milei desmantela en seis meses de gestión décadas de políticas feministas y de género en Argentina. *El País* <https://elpais.com/argentina/2024-06-11/milei-desmantela-en-seis-meses-de-gestion-decadas-de-politicas-feminista-y-de-genero-en-argentina.html>
- Martorell, J. L. (2012a). Comunicación y sistemas: pensar sobre cómo pensamos. *Revista de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2(3),1-7. [https://psicociencias.org/pdf_noticias/Comunicacion_y_sistemas_\(Martorell\).pdf](https://psicociencias.org/pdf_noticias/Comunicacion_y_sistemas_(Martorell).pdf)
- Martorell, J. L. (2012b). Mistificación y juegos de poder en la terapia de pareja. *Revista de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2(1),1-14. https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/mistificacion_y_juegos_de_poder.pdf
- Martorell, J. L. (2014). *Psicoterapias. Escuelas y conceptos básicos*. Pirámide.
- Martorell, J. L. (2022). *Los juegos de la familia*. Jeder.
- Martorell, J. L. (2 de junio de 2023). Salud mental y política. *Eldiario.es*. https://www.eldiario.es/opinion/socios/salud-mental-politica_132_10264106.html
- Marx, K. (1984). *El Capital. Crítica de la economía política* (4ª ed., Vol 1-3). Fondo de Cultura Económica. (Obra original publicada en 1867)
- Marx, K. (2004). *Manuscritos económico-filosóficos de 1844*. Ediciones Akal. (Obra original publicada en 1932)
- Milanovic, B. (2020). *Miradas sobre la desigualdad. De la revolución francesa al final de la guerra fría*. Taurus.
- Ministerio de Sanidad. (2022). *Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024. Estrategia Salud Mental del SNS*.
- Organización Mundial de la Salud. (28 de septiembre de 2022). *La salud mental en el trabajo*.
- Perlstein, M. (1976). What is a healthy woman? [¿Qué es una mujer sana?]. En S. Cox (Ed.), *Female psychology: The emerging self*. Science Research Associates.
- Piketty, T. (2020). *¡Viva el socialismo! Crónicas 2016-2020*. Deusto.
- Piketty, T. (2021). *Breve historia de la igualdad*. Deusto.
- Polo Usuaola, C. (2014). La perspectiva de género en terapia familiar sistémica. En A. Moreno (Ed.), *Manual de Terapia Sistémica* (pp. Nd.). Desclee de Brouwer.
- Ramas San Miguel, C. (2018). *Fetichismo y mistificación capitalistas. La crítica de la economía política de Marx*. Siglo XXI.
- Sociedad Española de Epidemiología. (7 de septiembre de 2023). *Nota de Prensa: Las desigualdades educativas causan una mortalidad superior a la del tabaco*. <https://seepidemiologia.es/nota-de-prensa-las-desigualdades-educativas-causan-una-mortalidad-superior-a-la-del-tabaco-y-las-desigualdades-de-genero-conllevan-demoras-en-el-diagnostico-de-la-enfermedad-en-mujeres/>
- Steiner, C. (1975). *Readings in radical psychiatry* [Lecturas en psiquiatría radical]. Evergreen.
- Steiner, C. (1980). *The other side of power* [El otro lado del poder]. Grove Press.
- Stierlin, H. (1994). Entre el riesgo y la confusión del lenguaje. En P. Watzlawick y P. Krieg (comps.): *El ojo del observador. Contribuciones al constructivismo* (pp. Nd.). Gedisa.
- Walters, M., Carter, B., Papp, P. y Silverstein, O. (1991). *La red invisible. Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares*. Paidós.
- Young, C y Bell, A. (2024). *Policies for better mental health. The case for a mental health policy test* [Políticas para una mejor salud mental. El caso de una política de salud mental a prueba]. Centre for Mental Health. www.centreformentalhealth.org.uk