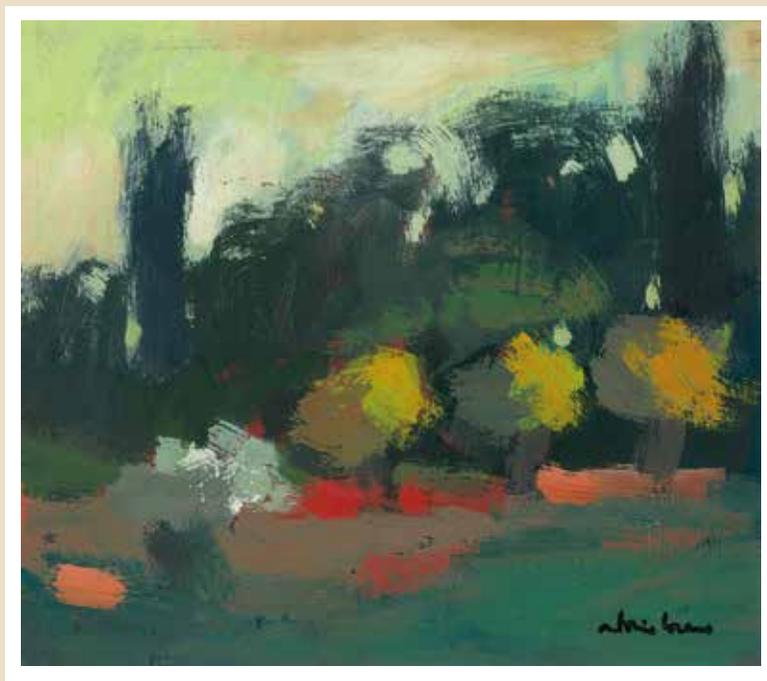


Colegio de Psiquiatras Eméritos

Agustín Jimeno Valdés
José Luis Mediavilla Ruiz
(coordinadores)

CONCIENCIA HISTÓRICA DE LA PSIQUIATRÍA

— SEXTA ENTREGA —



Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental

COLEGIO DE PSIQUIATRAS EMÉRITOS

Agustín Jimeno Valdés
José Luis Mediavilla Ruiz
(coordinadores)

CONCIENCIA HISTÓRICA
DE LA PSIQUIATRÍA

SEXTA ENTREGA



Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental

© Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental (FEPSM).

Edición: HiFer Editor

Impresión: HiFer Artes Gráficas - www.hifer.com

ISBN: 978-84-16209-49-1

Dep. Legal: AS-0748-2016

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros métodos, ni su préstamo o alquiler o cualquiera otra forma de cesión de uso del ejemplar, sin permiso previo y por escrito del titular del Copyright.

PRESENTACIÓN

El presente volumen constituye la sexta entrega de la colección Conciencia Histórica de la Psiquiatría, que edita el Colegio de Psiquiatras Eméritos de la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental (FEPSM), pues contabilizamos como quinta entrega la biografía del padre Benito Menni publicada con el apoyo de la Fundación Benito Feijoo de Oviedo¹.

En la presente entrega se recogen, en primer lugar, los textos disponibles de la IX Jornada, que se celebró en Madrid el 27 de noviembre del pasado año, 2015. Las jornadas o reuniones del Colegio de Eméritos comenzaron a celebrarse en Salamanca bajo la iniciativa de Alfonso Ledesma y Ginés Llorca y desde 2012, a partir del fallecimiento de aquel, en la Sede de la FEPSM de la calle Arturo Soria, número 311, de Madrid. El programa previsto para dicha IX Jornada figura en la página siguiente; como puede verse, presentaron sus comunicaciones José Luis Ayuso e Inés López Ibor. En la ponderada glosa histórica de aquel sobre todos los catedráticos de Psiquiatría de la Universidad Complutense no faltaron batallas y anécdotas alrededor de las antiguas oposiciones a cátedras. Por su parte, Inés López Ibor se centró en las figuras de su padre abuelo y en el concepto de angustia vital. Demetrio Barcia y V. J. M.^a Conde no pudieron asistir, pero este último envió el texto de su comunicación, en la que reflexiona y profundiza sobre el concepto de conciencia histórica que preside nuestras aportaciones y publicaciones.

Aparecen en esta entrega, además, tres trabajos inéditos de miembros del Colegio de Eméritos. El primero, de Vicente Gradi-llas, muestra la supervivencia vigorosa de la psicopatología y la profunda precisión de sus conceptos, que auguramos volverán a florecer en la psiquiatría del próximo futuro; algo, pensamos, tanto más nece-

¹ González-Pinto López, Rodrigo, *La renovación de la asistencia psiquiátrica en España. Benito Menni y su primer médico alienista*, Oviedo, HIFER, 2015.

sario cuanto más precisos sean los correlativos datos neurobiológicos. A continuación, Francisco Díez Manrique aborda valientemente un problema de acuciante actualidad, el de las relaciones entre las ideologías nacionalistas y el delirio. Por último, Pedro Quirós recupera en semblanza histórica, tanto desde el punto de vista científico como cultural, el concepto de *degeneración*.

Finalmente, figura en este volumen el excelente trabajo de José M.^a Gallart “Historias de la Psiquiatría y el Cine”, presentado en la VII Jornada, que tuvo lugar el 29 de noviembre de 2013 y trató como tema monográfico la psiquiatría y el cine. Por error, el citado trabajo, correspondiente en un principio a la cuarta entrega, apareció incompleto, y por ello se publica ahora íntegramente, rogando por ello los coordinadores nuestras más sinceras disculpas, como ya en su momento expusimos al autor. En él se muestra, una vez más, la vocación cultural y social de la psiquiatría y los psiquiatras, a quienes podría aplicarse aquello de que “nada de lo humano les es ajeno”.

En nombre del Colegio de Eméritos, los coordinadores reiteran su gratitud a la FEPSM por su imprescindible ayuda a nuestras publicaciones y por la generosa acogida que prestan en su sede a las jornadas anuales.

Asimismo, queremos expresar nuestro agradecimiento a la editorial e imprenta HIFER, de Oviedo, que diligentemente utiliza el eficaz sistema de impresión a demanda, lo cual permite una impecable presentación mediante una economía insuperable.

Agustín Jimeno Valdés

IX Jornada sobre el pasado, presente y futuro de la Psiquiatría.

(Madrid 27 de Noviembre de 2015)

**HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA
ESPAÑOLA ACTUAL**

11.00

Joaquín Santo Domingo

Introducción de la jornada

MESA REDONDA

Valentín Conde

Moderador

Inés López Ibor

Historia de la psiquiatría actual española.

Demetrio Barcia

El futuro de la psiquiatría

14.00

COMIDA

MESA REDONDA

José Luis Ayuso.

La Psiquiatría española y la universidad

DEBATE

IX JORNADAS DEL
COLEGIO DE PSIQUIATRAS EMÉRITOS

SEXTA ENTREGA

Valentín Conde López

HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA ESPAÑOLA
ACTUAL. LA CONCIENCIA HISTÓRICA

María Inés López-Ibor

HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA ESPAÑOLA:
LA ANGUSTIA Y ANSIEDAD COMO VIVENCIAS
BÁSICAS DEL SER HUMANO

Agustín Jimeno Valdés.

LA DECONSTRUCCIÓN Y
RECONSTRUCCIÓN DE LA PSIQUIATRÍA
(COMO CIENCIA Y CONOCIMIENTO)

D. Juan Francisco Díez Manrique

ENTENDER LOS NACIONALISMOS

Vicente Gradillas

SEMIOLOGÍA DEL FENÓMENO
PSICOPATOLÓGICO
(SIGNO, SÍNTOMA Y RASGO)

Pedro Quirós Corujo

EL CONCEPTO DE DEGENERACIÓN
Y SU REPERCUSIÓN MÉDICA Y SOCIAL

José Luis Mediavilla.

JASPERS VERSUS DSM 5
(REIVINDICACIÓN DE LA PSICOPATOLOGÍA)

José M.^a Gallart Capdevila

LA PSIQUIATRÍA Y EL CINE
HISTORIAS DE LA PSIQUIATRÍA Y EL CINE

Nota:

Por no disponer del texto escrito, no ha sido posible incluir en esta publicación las intervenciones de los profesores José Luis Ayuso (La Psiquiatría y la Universidad), Carmen Martínez (Psiquiatría y Ética), Demetrio Barcia (El futuro de la Psiquiatría), Pedro Enrique Muñoz (Crisis de la Psiquiatría) y Jesús Fernández Sardonís (A propósito de la formación psicológica de los médicos).

HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA ESPAÑOLA ACTUAL. LA CONCIENCIA HISTÓRICA

Valentín Conde López

“He reducido el mundo a mi jardín y ahora veo la intensidad de todo lo que existe”

José Ortega y Gasset

Introducción

Como conciencia se considera habitualmente el conocimiento que un individuo tiene de sus percepciones, pensamientos, sus sentimientos y sus actos. Como tal, la palabra proviene del latín *conscientia*, de *consciūs*, sabedor, y está a su vez compuesta de *cum* y *scio*, y es, por ejemplo, en Cicerón el que juntamente con otro sabe alguna cosa, es testigo, o el que por si solo lo conoce. Quizá sea traducción ideica del griego *συνείδησις* (*syneídesis*), compuesta por el prefijo *συν-* (*syn-*), que significa ‘con’, y *εἶδησις* (*eídesis*), que traduce ‘conocimiento’, comprensión, entendimiento, reconocimiento, es decir y en un ámbito más general: con conocimiento. Sus usos, adjetivaciones y matices en más de tres mil años de evolución de nuestras civilizaciones, todo ello es tan interesante como inútil a nuestro objetivo actual, pero permíteme recordar que, como le pasaba San Agustín de Hipona con el tiempo, aún no sabemos, a pesar de lo mucho que sabemos, lo que es la neurobiología de la conciencia humana, uno de los temas para resolver más apasionante de nuestras ciencias.

En un sentido moral, aludiendo a la capacidad de discernimiento entre lo bueno y lo malo, entre lo correcto y lo incorrecto, lo aceptado

es emplear la forma conciencia; en el sentido de percepción o conocimiento, suelen utilizarse ambas formas: conciencia o consciencia. En algunos idiomas, como los germánicos, se construyen dos términos unitarios para la conciencia psicológica y la moral; algunos filósofos intentan diferenciar el empleo de conciencia y consciencia, lo que se enfrenta con el criterio reduccionista de Wittgenstein de que el significado está en el uso.

En psicología racional, filosofía, ciencias humanas y divinas, así como adjetivada en las más diferentes formas y maneras, las interpretaciones y disquisiciones son numerosas; ya Plinio escribía sobre el cultivo de las letras como *conscientia litterum*.

En medicina sigue siendo útil diferenciar, probablemente desde Galeno, la *perturbatio* en su presentación clínica orgánica, *alteratio*, y funcional, *modificatio*, y más en un tiempo en el cual las enfermedades psiquiátricas se han transmutado en “trastornos”.

La aparición de la conciencia histórica (*Geschichtsbewusstsein*) en su acepción contemporánea, de la que generalmente se considera como precursor a W. Dilthey -e incluso a Hegel-, con su objetivo de hacer que el pensamiento humano pase de una crítica de la razón pura a una crítica de la razón histórica, puede considerarse sin duda como una de las mayores adquisiciones de la cultura occidental en la época moderna. Permite a un individuo percibirse a sí mismo incurso en un devenir colectivo, participe de un momento particular en el tiempo y en la historia de una sociedad. Comprender que todo lo que acontece en la actualidad es resultado de un conjunto de acciones llevadas a cabo en el pasado. En este sentido, el individuo con conciencia histórica es también capaz de darse cuenta de que sus propios actos, y los de los otros que con él cohabiten en su tiempo, tendrán consecuencias en el futuro en las vidas de otras personas. En síntesis: “*scio me scire, scio me agere*”, que expresó Agustín de Hipona.

Definición

Recientemente y entre otras múltiples definiciones, K. Macdonald y K. Fausser consideran la conciencia histórica como “la comprensión individual y colectiva del pasado, los factores cognitivos y

culturales que forman dicha comprensión, así como las relaciones entre la comprensión histórica de cara al presente y al futuro”.

La conciencia histórica puede ser entendida también según la accesible Wikipedia, como: “1. La conciencia de la historicidad de cada ser humano; la existencia de los humanos, de las culturas y las instituciones y humana cognición. La conciencia de la historicidad permite el conocimiento (cf. Epistemología) que todo el conocimiento humano es provisional y será sustituido en el curso de la historia a partir de una comprensión diferente de la realidad. 2. La conciencia histórica como la conciencia de la temporalidad de toda vida humana. En este contexto, el conocimiento de la historia es desde hace algún tiempo un concepto central de la historia didáctica”.

Presentación

La “conciencia histórica”, según Hans-Georg Gadamer

Frente a mí, en ese “rincón del vago” que es mi sillón en mi biblioteca del despacho, contemplo la primera edición española de 1977 de *Verdad y Método*, incluso el segundo tomo, y podría haber vuelto a revisar las relaciones entre la conciencia histórica y la hermenéutica. Pero, de nuevo, la actualmente perenne Wikipedia, así como Internet, me facilitan el perezoso trabajo, y elijo algunos comentarios de aquella:

“A partir de la teoría del círculo hermenéutico describe Gadamer conciencia histórica como un proceso circular de la comprensión, que se determina por los prejuicios y su resolución. [Gadamer, Hans-Georg: *Wahrheit und Methode. Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik*, Tübingen: 1990, S. 271-276 (Hans-Georg Gadamer, *Gesammelte Werke*, Band 1, *Hermeneutik I*).] En este caso, el “prejuicio” no se interpreta como un error o fuerza, sino como un necesario y como condición para el entendimiento natural. En este contexto, la conciencia histórica no forma una nueva operación mental, sino un comportamiento humano siempre practicado que pone el hombre y su propia temporalidad en una cierta relación con el pasado, su tradición ya es una parte de él, o él una parte de ella. [Gadamer, Hans-Georg: *Wahrheit und Methode. Grundzüge einer philosophischen*

Hermeneutik, Tübingen: 1990, S. 281-290 (Hans-Georg Gadamer, *Gesammelte Werke, Band 1, Hermeneutik I*.)]

Así, además, es la conciencia histórica, comprenderse a sí mismo como parte de muchas partes de la tradición, la primera marca en su totalidad del curso pasado. Sin embargo, especialmente esta auto-conciencia crítica de la comprensión histórica es crucial; No se trata de seguir ciegamente la recepción del pasado por la tradición. La historia como una historia de influencia siempre se teje en el pensamiento y la comprensión actual. [Gadamer, Hans-Georg: *Wahrheit und Methode. Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik*, Tübingen: 1990, S. 305-312 (Hans-Georg Gadamer, *Gesammelte Werke, Band 1, Hermeneutik I*.)]

La diferencia innegable en el tiempo entre un artista y un autor está en la paradoja de la conciencia histórica como catalizador. Esta diferencia puede contribuir como una ruptura cognitiva para convertir prejuicios reflejados en los juicios. La propia historicidad del hombre produjo su horizonte histórico, que se destaca en el horizonte del pasado, sin embargo, compensada por el movimiento de la conciencia histórica, y se fusionaron para formar un horizonte común. Por la conciencia histórica de su propia alteridad es consciente de esto; sin embargo, en su tradicionalismo se eleva. [Gadamer, Hans-Georg: *Wahrheit und Methode. Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik*, Tübingen: 1990, S. 296-305 (Hans-Georg Gadamer, *Gesammelte Werke, Band 1, Hermeneutik I*.)”]

A mediados del siglo XX, a Hans-Georg Gadamer le dedicó a la conciencia histórica un libro en el que Agustín Domingo Moratalla, en la introducción, afirma:

“... La conciencia histórica es ‘el privilegio del hombre moderno de tener una plena conciencia de la historicidad de todo presente y de la relatividad de todas las opiniones’. Con ello nos situamos ante ‘la revolución más importante de las que hemos experimentado con la llegada de la época moderna’. A juicio de Gadamer, los grandes cambios espirituales de nuestro momento histórico se deben precisamente a este hecho, puesto que esta ‘toma de conciencia’ está surtien-

do sus efectos no solo en los modos de conocer, sino en los modos de obrar y de esperar. Ya no basta recluirse en los límites tranquilizadores de una tradición exclusiva: es preciso comprender nuestra propia perspectiva desde la del otro; nuestro momento histórico, no desde la provisionalidad que lo determina, sino desde el sentido interno que le da la historicidad que lo constituye” (<http://www.monografias.com/trabajos91/educacion-y-conciencia-historica/educacion-y-conciencia-historica.shtml#ixzz3rsd8Wria>).

Resumen

El concepto de conciencia histórica puede interpretarse sinópticamente de tres maneras:

En primer lugar, como la autoconciencia que tiene el sujeto de que es un ser temporal y creador de historia. Este situarse del sujeto ante el devenir hace que experimente al mismo tiempo la gratitud de su propio ser y la libertad de su propio querer ser. En efecto, el sujeto, al vivir en un momento particular del tiempo y de la historia, se da cuenta de que no se pertenece, sino que otros lo han precedido y han preparado todo lo que él está viviendo. Al mismo tiempo, descubre en sí ciertos ideales, ciertas aspiraciones personales, que comparten también los demás, y que él desea alcanzar.

En segundo lugar, como percepción de un sentido histórico, pero no tanto como conexión e interdependencia de los sucesos, sino más bien como un ver y un saber inmediato de una tensión constante hacia una realización. En este segundo nivel, la conciencia histórica no permite asumir un absoluto, contingente y temporal, como único cumplimiento posible de la historia, sino que impulsa cada vez más allá en la búsqueda de un cierto equilibrio entre la fragmentariedad de los sucesos y la totalidad que los engloba, dándoles sentido.

Finalmente -y aquí la filosofía de la historia y la historiografía han desempeñado un papel decisivo-, como aquello que permite un conocimiento histórico. En este nivel, la conciencia histórica, en el estudio del pasado, impone al historiador un horizonte más amplio; en efecto, el historiador camina entonces hacia el pasado cargado

del presente y de todo su carácter problemático; interpreta lo que ha constituido historia a la luz del tiempo en que vive.

Es la historia genética, en contraste con la historia erudita y la historia pintoresca. Historia, por lo tanto, quiere decir no sólo un conjunto de anécdotas o de datos, sino un existencial más profundo y complejo. Recuperar la Historia en el ámbito del individuo en sus espacios cotidianos, y por lo tanto en su propia cotidianidad existencial, en la gran sinfonía del poder creativo del espíritu humano, que incluye historia, historiografía, filosofía, teología, hermenéutica, y todas las «Geisteswissenschaften», es decir, las ciencias históricas modernas, o ciencias del espíritu, las “ciencias humanas” en general. Todo ello conlleva a buscar y encontrar un sentido y una interpretación de la Historia como un pasado incompleto, que influye, o no, en nuestro presente y cuyas consecuencias quizá anuncien misteriosa o aleatoriamente el futuro en el sentido de lo dado, que parece ofrecerse a nuestra interpretación y que no se despliega sin mediación y que es necesario mirar más allá del sentido inmediato para poder descubrir el “verdadero” significado oculto. Para mí conlleva también dos cuestiones irresolubles: ¿Qué es “la verdad”? y ¿Qué es interpretación, hecho y dato en éste ámbito del conocimiento?

¿Conciencia histórica y memoria histórica?

La historia no puede abarcar numerosos elementos de la memoria ni el testimonio de todas las fuentes y testigos posibles: la percepción como gnosis o conocimiento de todo lo acontecido, el sentimiento global de la experiencia vital (Lebenserfarung), la intensidad del impacto en los tiempos humanos, incluso evaluados en simples escalas dicotómicas - alegría- tristeza, placer-dolor o sufrimiento, éxito-fra-caso, etc - la cualidad de lo acaecido... sea lo que signifiquen tantas palabras bonitas. Y al contrario, los psiquiatras saben de la levedad, insolvencia, fragilidad, insuficiencia, y capacidad ilusoria, cuando no alucinatoria, de las memorias. Se dice que la invención de una historia que se ocupa del pasado reciente o del presente es una producción “postmoderna”, a partir de la segunda mitad del siglo XX, quizá para disponer de testigos y testimonios vivos del tiempo presencial,

que aporten interpretaciones, hechos y datos a lo que se ha dado en llamar “memoria histórica”. Se olvida que ya lo intentaron Herodoto o Tucídides, entre otros muchos posteriores, y para no alejarnos de la Historia. En todo caso, una de las misiones de este colegio humilde de eméritos puede ser intentar ser testigo y testimonio del paso del tiempo histórico de tres generaciones treintañeras: las que nos transmitieron nuestros maestros acerca de los suyos, las de aquellos y las nuestras. Sin olvidar que se expresa, comunica, simboliza e interpreta con todas las facultades, potencias, dominios, funciones y desempeños de la mente, alma, espíritu o como quiera llamarse a unas y otros, en esos enredijosos lenguajes humanos, que trascienden la realidad y sus órdenes y niveles.

Notas bibliográficas

K. Popper, *La miseria del historicismo*, Madrid, 1961

N. A. Berdiaev, *El sentido de la historia*, Madrid, 1979

<https://de.wikipedia.org/wiki/Geschichtsbewusstsein>

C. L. Cataño Balseiro: “Jörn Rüsen y la conciencia histórica”. *Historia y Sociedad*, No. 21, Medellín (Colombia), julio-diciembre 2011, págs. 221-243

K. Lowith, *El sentido de la historia*, Madrid, 1973

R. H.-G. Gadamer, *El problema de la conciencia histórica*, Tecnos, Madrid, 1993, págs. 25 y 41-44

Fisichella, *Historia, Conciencia histórica, 1*, en DTF, págs. 552-554

J. Kocka, Jürgen, *Historia Social y Conciencia Histórica*, Marcial Pons, Historia, Biblioteca Clásica, Madrid, 2002

K. Macdonald y K. Fausser, *Approaches to European Historical Consciousness: Reflections and Provocations (Eustory series)*, Hamburg, 2000, pag. 10. Citado en: *Theorizing Historical Consciousness*, ed. Peter Seixas Toronto, 2006, pag. 10.

H.-G. Gadamer, *Wahrheit und Methode. Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik*, Tübingen, 1990 (Gesammelte Werke, Band 1, Hermeneutik I)

HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA ESPAÑOLA: LA ANGUSTIA Y ANSIEDAD COMO VIVENCIAS BÁSICAS DEL SER HUMANO

Juan José López Ibor (1906-1991)
Juan José López-Ibor Aliño (1941- 2015)

María Inés López-Ibor

Presidenta de la Fundación Juan José López-Ibor

Directora del Departamento de Psiquiatría.

Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid.

El gran problema del hombre actual es haber convertido en problemático el sentido de su vida. Por eso no es extraño que obstáculos y contrariedades del cotidiano vivir aparezcan envueltos en una atmósfera angustiosa. Juan José López Ibor 1966 (1; cita la angustia vital)

Juan José López Ibor nació en 1906 en un pueblo de la Albufera, Sollana. Era hijo del maestro del pueblo, D. Miguel López Marco, y pronto decidió estudiar Medicina. Se especializó en Psiquiatría en las Universidades de Zúrich, Berlín, Múnich, París y Tubinga. Se casó con Socorro Aliño, también de Valencia, pero de la ciudad; tuvieron doce hijos, de los cuales más de la mitad heredaron su vocación médica y humanista.

Su primogénito, Juan José López-Ibor Aliño, nació en Madrid y desde joven decidió que quería ser médico. Fue alumno y discípulo de su padre y también siguió sus pasos completando su formación en Alemania.

Ambos tienen una formación académica muy parecida: fueron Catedráticos de Psiquiatría, Académicos de Número de la Real Academia Nacional de Medicina, presidentes de la Asociación Mundial de Psiquiatría, y de muchas de las sociedades científicas que exis-

tían en ese momento. Su actividad asistencial y docente se realizó fundamentalmente en el Hospital Clínico San Carlos; mi padre, el Prof. López-Ibor, durante 20 años, porque antes puso en marcha el servicio de Psiquiatría del Hospital Ramón y Cajal, Hospital Universitario vinculado a la Universidad de Alcalá de Henares, donde fue catedrático durante 20 años.

Hace 70 años, en 1940, Juan José López Ibor funda la revista *Actas Españolas de Psiquiatría* una vez instalado en Madrid y tras finalizar su formación. Al año siguiente la revista cambió de nombre por el de *Actas Españolas de Psiquiatría y Neurología* puesto que en aquellos momentos ambas disciplinas estaban muy unidas y la obra de López Ibor y su escuela se ha caracterizado siempre por establecer vínculos entre ambas. En 1944 Juan José López Ibor fue desterrado y perdió algunos de sus privilegios, entre ellos los de dirigir tesis doctorales o editar algún tipo de publicación. Por esos motivos transformó la revista en una revista internacional, *Actas Luso-Españolas de Psiquiatría y Neurología*. A principios de los años 70, coincidiendo con el nacimiento de la neurociencia, la revista volvió a cambiar de nombre, añadiendo la coletilla de “y ciencias afines”. Trataba con esto de incorporar al acervo psiquiátrico y neurológico perspectivas de otras disciplinas relacionadas. En el año 1979, el Prof. Juan José López-Ibor se incorporó a la dirección de la revista, manteniendo ese cargo hasta su fallecimiento.

Desde su comienzo *Actas Españolas de Psiquiatría* se ha mantenido independiente de asociaciones, sociedades o grupos que pudieran haber caído en la tentación de recurrir a ella para sus propios fines. La fórmula actual permite una gran independencia y continuidad y, por lo tanto, un mejor servicio a las personas interesadas en la psiquiatría y en su desarrollo científico.

En el año 1967 el Prof. López Ibor fundó el Instituto de Investigaciones Neuropsiquiátricas Dr López Ibor, hoy conocido como Clínica López Ibor, que ambos dirigieron y en la que trabajaron hasta el mismo día de su muerte; el Prof. López Ibor en el año 1991, y su hijo, el Prof. Juan José López-Ibor Aliño, en 2015.

En 2006 Juan José López-Ibor Aliño decidió crear la Fundación que lleva su nombre con el objetivo de impulsar la investigación y docencia de las enfermedades mentales y el propósito de ayudar, entre otras cosas, a combatir el estigma de la enfermedad mental.

Creo que a lo largo de sus vidas hay un nexo común que va más allá de biografías o vidas similares en el ámbito profesional. Ambos eran hombres profundamente angustiados, preocupados por entender al hombre, a la persona, sobre todo a la persona que pierde la salud o que se considera o se siente enferma. La angustia y la ansiedad han sido pensamientos básicos en su manera de entender al ser humano y la enfermedad mental.

La angustia y la Ansiedad en Juan José López Ibor

La angustia y la ansiedad son vivencias muy radicales del ser humano y quizá unos de los grandes temas de la filosofía y psicología, también de la antropología y de la sociología y, por supuesto, de la religión e incluso de la literatura y el arte contemporáneos, pero no tanto de la psiquiatría hasta la mitad del siglo XX. Pero también la ansiedad y la angustia son síntomas importantes en Medicina y en ocasiones constituyen, además, una entidad nosológica específica: los trastornos de ansiedad, aunque durante mucho tiempo los trastornos de ansiedad fueron considerados como extremos de la ansiedad normal, que se presentaban en individuos más o menos propensos.

Nuestra existencia tiene límites claros que derivan de la propia naturaleza del ser humano: el nacimiento y la muerte. La angustia está relacionada con nuestra relación íntima con el dejar de existir, con la nada; esta última, ignorada o rechazada en los últimos tiempos.

En los años 50 Juan José López Ibor (padre) consideraba que “estar envuelto en la nada constituye la experiencia fundamental de la existencia humana; es decir la angustia” y la describía en su libro *La Angustia Vital*, publicado en 1950 y escrito durante su destierro en Barbastro, un pueblo de la provincia de Huesca, como “un sentimiento vital alterado, como la tristeza del melancólico. Es un sentimiento que nos hace presentir la nada: si tal experiencia es posible es

porque la vitalidad está enferma y porque el alma está encarnada en el cuerpo”.

López Ibor estudió la angustia como radical básico de la condición humana, a partir de contribuciones de San Agustín, Kierkegaard, san Juan de la Cruz y sobre todo de la fenomenología, la filosofía existencial y la psiquiatría antropológica y describió la timopatía ansiosa como un subtipo de neurosis caracterizado por la presencia de una forma endógena de ansiedad (que se correspondería con la angustia vital). Lo describió como un sentimiento de la misma naturaleza que la tristeza vital descrita por Kurt Schneider (Schneider, K.,1962), como el fenómeno central de la depresión endógena, y se corresponderían a lo que Max Scheler describía como sentimientos vitales o de la vitalidad.

Pensaba que tanto en la timopatía ansiosa como en todas las neurosis había factores no solo psicológicos sino también biológicos que no se conocían porque las técnicas de investigación no eran capaces de demostrar su existencia. Probablemente, esta idea ya germinó en él desde el año 1950 (quizás desde 1944), pero no se atrevió a publicarlo sin tener mayor evidencia en el que quizás fue el libro que más claramente refleja su pensamiento: *Las neurosis como enfermedades del ánimo*, publicado en 1966.

Distinguió muy bien la angustia del miedo. Son palabras que han sido empleadas indistintamente por Kant, Nietzsche, Freud, e incluso el mismo Kierkegaard, que fue el primero que elevó la angustia al plano filosófico y psicológico. Sin embargo, hay diferencias importantes. El miedo se siente ante algo concreto, cuando la amenaza es un peligro que puede ser definido. Por el contrario, la angustia surge en medio de lo inexplicable, allí donde el peligro que amenaza es vago e indeterminado. Se diferencia del miedo en que la angustia es siempre ante lo desconocido y el miedo aparece ante lo conocido y por eso el impacto emocional es menor en este último. El término *angustia vital* es un término que ha pasado a utilizarse de manera coloquial y se entiende por la angustia que producen los acontecimientos de la vida cotidiana.

La Angustia y la ansiedad en Juan Jose López-Ibor Aliño

El estudio de la ansiedad y de la angustia ha sido uno de los temas centrales de la obra del Prof. López-Ibor Aliño. Estudió e investigó no solo los trastornos de ansiedad, sino la ansiedad como vivencia e, incluso, el origen del término ansiedad y sus raíces etimológicas.

En muchos idiomas modernos, la ansiedad y la angustia se utilizan para describir estados de ánimo a menudo intercambiables y analógicos. En francés las palabras *anxiété* y *angoisse* eran hasta hace 150 años sinónimas. Comparten la sensación de miedo que se ve amenazada por una causa no identificada. Por el contrario, el miedo, *Phobos* en griego, surge cuando se ve amenazado por algo concreto e identificado. Cualquier cosa puede producir miedo y, por lo tanto, el catálogo de fobias se convierte en una lista interminable. Las formas más puras de ansiedad son el miedo a la muerte y el miedo a la locura (de perder el control), que son las manifestaciones de experimentar la amenaza de desaparición, ya sea física o psicológicamente. La ansiedad y la angustia también comparten algunas, pero no todas, de sus sensaciones corporales, especialmente una sensación de constricción en la garganta y en el pecho.

En la clínica cotidiana es más frecuente el uso de la palabra *ansiedad*, mientras que *angustia*, un fenómeno más intenso e inhibitorio, es más propia de la patología psiquiátrica.

En el año 2010 el Prof. López-Ibor y la Prof. M.I. López-Ibor publicaron un trabajo en el que se estudió el origen de las palabras *angustia* y *ansiedad*, llegando a la conclusión que comparten las mismas raíces etimológicas que provienen del latín *angŭstĭa*, ‘estrechez, situación crítica’ o ‘narrowness’, ‘critical situation’; deriva de *angŭstĭus* ‘estrecho’, ‘estrangular’. La ansiedad deriva del latín *anxiētas*, ‘aspiración’, preocupación, ‘vergüenza’. Ambas palabras, *angŭstĭa* y *anxiētas* derivan del griego antiguo ἄγκω (ángō), ‘acto de estrangular’ ‘presionar’. Sin embargo, ambos términos fueron utilizados como sinónimos.

Pero hay que tener en cuenta que en latín existe una clara distinción entre angustia y ansiedad. Para Cicerón la angustia es algo más

transitorio y la ansiedad, algo más duradero. Esta distinción solo se mantuvo en la versión francesa y española del DSM-III, donde *Panic Disorders* fueron traducidos respectivamente por *Trouble d'Angoisse* y *Trastorno por Angustia*.

La angustia (del griego *ágkhein*, 'estrangular') corresponde a una sensación de opresión en la garganta y región precordial y cierto dolor por algo que se constriñe en el epigastrio (en ciertas regiones españolas, angustia equivale a náusea), mientras que la ansiedad (del latín *anxietas*, 'ansia') es una sensación de falta de aire. Hay dos formas fundamentales de reaccionar ante un peligro, sobresalto y sobrecojimiento. En la ansiedad hay sobresalto y búsqueda de una solución al peligro, el esbozo de un esfuerzo para vencer el peligro. En la angustia hay sobrecojimiento, es decir, tendencia a la inmovilización, a recogerse sobre sí mismo.

En su libro *Lecciones de Psicología Médica* Lopez-Ibor Aliño consideraba que el estrés y la ansiedad son las dos caras de una misma moneda. Ambos representan reacciones inespecíficas del organismo individual, que ve amenazado su equilibrio interno por variaciones potencialmente insuperables del medio externo que ponen a prueba su capacidad de adaptación. Estas amenazas externas, antes de ser identificadas, provocan en el organismo la puesta en marcha de unos mecanismos que sirven para afrontar cualquier tipo de peligro (aumenta el flujo sanguíneo por las masas musculares, se pone en marcha una reacción de alerta y se inhiben funciones secundarias para la defensa inmediata). Pasado el tiempo, cuando la amenaza ha podido ser identificada, estas reacciones inespecíficas, ansiedad y estrés, son sustituidas por otras muy específicas, como pueden ser los mecanismos de lucha, de huida, de adaptación o los mecanismos inmunológicos. En determinadas circunstancias estos mecanismos esenciales para la supervivencia del individuo se convierten en patológicos, porque amenazan la propia supervivencia. Esto sucede cuando se presentan ante estímulos nimios, son de una intensidad exagerada o persisten más allá de lo necesario. "De hecho, los médicos tratamos muchas más veces la respuesta a la amenaza externa que la propia amenaza en sí. Los corticoides, que frenan la reacción

de adaptación del estrés, son tranquilizantes celulares y los ansiolíticos son corticoides para la vida psíquica. Ambos grupos de fármacos plantean los mismos problemas de manejo, que derivan de su eficacia inmediata y de los problemas de dependencia a largo plazo, precisamente por interferir con mecanismos fisiológicos tan importantes para la supervivencia individual.”

A pesar de que todavía existen numerosas controversias en relación a dónde están las fronteras entre una ansiedad normal y los trastornos de ansiedad, no ha habido suficientes estudios de investigación que hayan tratado de integrar las ideas de la literatura espiritual, filosófica y neurobiológica. Desde una perspectiva evolutiva de la psicopatología, las emociones son el sistema de respuesta que permite la adaptación al entorno y que aumentan la capacidad de hacer frente tanto a amenazas como a oportunidades.

Ninguno de los planteamientos anteriores tiene una respuesta sencilla, a pesar de su importancia a la hora de tomar la decisión de cuándo tratar o no tratar, y teniendo en cuenta el rico arsenal farmacológico de ansiolíticos, antidepresivos y de otros procedimientos terapéuticos de los que dispone un médico. Una decisión equivocada puede llevar a consecuencias negativas, tales como la medicalización del sufrimiento normal, la interferencia con procesos psicológicos normales, crear una dependencia a sustancias o al sistema de salud, o incluso para el propio médico.

La combinación, a lo largo de los años, de trastornos de ansiedad y depresivos también es común. Se han publicado los resultados de un seguimiento a lo largo de casi 50 años de 370 pacientes diagnosticados de trastorno de ansiedad entre los años 1950 y 1961 (Rubio y López-Ibor Jr., 2007). Dos tercios de ellos fueron re-diagnosticados siguiendo criterios del DSM-III-R como trastorno de pánico, y el resto, de ansiedad generalizada. En general, hay un patrón evolutivo común, comenzando con fobia escolar durante la infancia (más prevalentes en pacientes con trastorno de pánico), seguido de ansiedad en durante los veinte a los treinta años, depresión entre los

cuarenta-cincuenta años y trastornos de somatización en edades más avanzadas.

De manera similar López Ibor (padre) (1950) llegó a la conclusión de que la ansiedad que caracteriza los trastornos neuróticos era un sentimiento vital y no un sentimiento psíquico o reactivo, introduciendo el concepto de “angustia vital” y allanando el camino para el tratamiento biológico de este grupo de trastornos (es decir, IMAO para la ansiedad y clomipramina para las neurosis obsesivas, como propuso a principios de los años 70).

En el último trabajo publicado por Juan Jose López-Ibor Aliño (2015), cuando tomó posesión como Académico de Número de la Real Academia de Doctores de España, demostró su preocupación por la psiquiatría en el momento actual. Consideraba que debía volver a sus raíces, a estudiar a fondo la psicopatología, ya que solo desde ese punto de vista se conseguiría avanzar en el conocimiento de las enfermedades mentales, en su diagnóstico precoz y en la mejora de los tratamientos y de la recuperación funcional de los pacientes.

Consideraba que faltaba un concepto de enfermedad mental de naturaleza científica, útil para la práctica de la psiquiatría, para la gestión sanitaria, para resolver problemas legales y para promover el bienestar individual, ya que las clasificaciones actuales (DSM-5 y CIE-10) son insuficientes a la hora de abordar la complejidad de las actuaciones personales en sí mismas y su relación con la adaptación a medios complicados, e implican que los errores diagnósticos sean frecuentes (el 50% de los diagnósticos son de categorías “no especificado”).

La psiquiatría actual, además, carece de marcadores neurobiológicos útiles para el diagnóstico de un trastorno psiquiátrico mayor y para predecir una respuesta a un tratamiento. Hay pocos genes identificados útiles para predecir el riesgo de padecer un trastorno.

Consideraba, además, que se necesita una nueva psico(pato)logía capaz de investigar funciones psicológicas básicas, de naturaleza adaptativa, con una base neurobiológica clara (y adaptativa) y cuyas desviaciones puedan ser consideradas como síntomas y, si acaso

como criterios diagnósticos, que sean capaces de ser exploradas en la clínica cotidiana, de ser estudiadas a lo largo del desarrollo y a lo largo de la evolución de la enfermedad; que sirva de base para medir los cambios inducidos por los tratamientos, que se correlacione con el grado de discapacidad y que resuelva problemas forenses.

Y sus últimas palabras escritas fueron: “La ciencia tiene sus límites y no se puede ser un buen servidor de la misma sin un alto grado de humildad. La ciencia debe descifrar enigmas, pero bueno es reconocer que también hay un ámbito para el misterio, insondable, en el que cobijarnos para ser mejores científicos. De no aceptarlo así, corremos el riesgo de desterrar como científicos a un dios para erigirnos a nosotros mismos como dioses señores de la historia, por no decir tiranos de la misma”.

Bibliografía

American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition (DSM-5), 2013

López Ibor, J.J.: *La angustia vital*. Paz Montalvo, Madrid, 1950

López Ibor, J.J.: *Las neurosis como enfermedades del ánimo*. Gredos, Madrid, 1966

López-Ibor Jr., J.J., Jr., Ortiz Alonso, T. y López-Ibor, M.I.: *Leciones de Psicología Médica*. Masson, S.A., Barcelona, 1999

López-Ibor, J.J. & López-Ibor, M.I.: “Anxiety and Logos: Toward a Linguistic Analysis of the Origins of Human Thinking. *Journal of Affective Disorders*, Vol. 120, Issue 1:1-11, January 2010

López-Ibor, J.J. & López-Ibor, M.I.: “Hacia nuevas estrategias de investigación en los trastornos mentales. Primera Parte: La crisis recurrente de la psiquiatría”. *Actas Esp Psiquiatr*, 41(1):32-42, 2013

López-Ibor, J.J. & López-Ibor, M.I.: “Hacia nuevas estrategias de investigación en los trastornos mentales. Segunda Parte: La luz al final del túnel”. *Actas Esp Psiquiatr*, 41(2):67-75, 2013

López-Ibor, J.J. & López-Ibor, M.I.: “Investigación en psiquiatría: Entre Sísifo y Pedro” (Editorial). *Actas Esp Psiquiatr*, 41(1):1, 2013

López-Ibor, J.J.: *El lenguaje de la medicina y su mutual integración con otros lenguajes. Un paradigma para la ciencia de consecuencias sociopolíticas*. Real Academia de Doctores de España, Madrid, 2015

Rubio Valladolid, G.: *Evolución de los trastornos de ansiedad: estudio evolutivo de la timopatía ansiosa*. López-Ibor Aliño, J.J. (Director de Tesis). Universidad de Alcalá de Henares. Facultad de Medicina, 1988

Schneider, K.: *Las personalidades psicopáticas*. Morata, Madrid, 1962

World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva, World Health Organization, 1992

CRISIS DE IDENTIDAD EN LA PSIQUIATRÍA ACTUAL

*VII jornada sobre pasado presente y futuro de la
psiquiatría del Colegio de Psiquiatras Eméritos*

21 de Noviembre de 2014 Madrid

LA DECONSTRUCCIÓN Y RECONSTRUCCIÓN DE LA PSIQUIATRIA

(Como ciencia y conocimiento)

Agustín Jimeno Valdés

Profesor titular jubilado de Psiquiatría de la Universidad de Valladolid

Muchas gracias, en primer lugar, a los Drs. J. Santodomingo y P. E. Muñoz por haberme invitado a participar en nuestro simposium de este año, en el que seguiremos desgranando nuestros comentarios, nuestras críticas, y espero que no solamente nuestras nostalgias sobre el devenir de la especialidad a la que dedicamos nuestras vidas. A mí me parece que ya en otras intervenciones mías en estas reuniones he expuesto recuerdos y opiniones que, como sabéis quienes me conocéis, más parecen recuerdos de guerra, pues una guerra fue la que libramos en defensa de la psiquiatría y, sobre todo, de sus pacientes en aquellos duros años de las reformas y contrarreformas.

Por ello, en la comunicación de hoy, voy a exponer de forma supersintética este devenir de la psiquiatría desde sus comienzos y su deconstrucción en sus luchas y avatares para también hipersintéticamente exponer cómo veo yo su porvenir.

I. El comienzo

Comienza la psiquiatría (digamos científica) como hija de la medicina interna allá a comienzos del siglo XIX y, como tal, su primeros padres –aparte el aspecto humano y caritativo respecto a los pobres enfermos– se esfuerzan en identificar síntomas y evolución

características de sus diversos cuadros clínicos y aún más esfuerzos en identificar etiopatogenias y, por supuesto, tratamientos. Es el modelo médico entonces obvio y que conduce a logros tan importantes como la descripción completa de la demencia paralítica, y la casi completa ya, en aquellos años del finales del siglo, de otras demencias como la tan famosa e importante hoy día enfermedad de Alzheimer. No puede afirmarse que este modelo fracasase en el complejo mundo de la demencia precoz y las psicosis afectivas, puesto que aquellas entidades, aunque con otros nombres y bajo otros conceptos básicos, siguen en vigor aun bajo cuerda en los códigos diagnósticos actuales.

II. La Deconstrucción

1. Las pérdidas:

Pérdidas de grupos diagnósticos

Ya inmediatamente, los diversos tipos aparentes de éxitos conducen a pérdidas para el núcleo de la psiquiatría.

a) Las epilepsias. Todavía en la nosología de Jaspers figuran dentro de la psiquiatría las psicosis epilépticas, mas todas las epilepsias pasan pronto a depender de la neurología, dado su claro origen patológico cerebral.

b) La misma suerte corren poco después las oligofrenias, que también formaban un grupo básico en Jaspers.

c) Las doctrinas psicológicas van siendo acaparadas por el psicoanálisis y sus epígonos, que absorben sobre todo las histerias y lo fóbico obsesivo y sus aledaños respecto a la ansiedad y, en parte, la depresión. Sin embargo, chocan frente a la compleja barrera de las psicosis, siendo el único acercamiento de Freud a ellas, como todos sabemos, más bien un fracaso.

d) Por esos mismos años de la primera mitad del XX, también de mano del psicoanálisis y sus epígonos se desgarran de la psiquiatría las terapias psicológicas, que habían sido descubiertas y aplicadas por los psiquiatras del XIX bajo el título de terapias morales.

2. La pequeña tragedia

En esta situación, en la primera mitad del XX quedan, pues, para el núcleo duro de la psiquiatría las psicosis, (que incluyen también las efectivas), y quedan precisamente porque no se encuentra para ellas el sustrato biológico supuesto pese a los intensos afanes de todos los investigadores. ¡¡¡Se adjudican así a los psiquiatras los problemas de origen desconocido!!! Y por ello el modelo médico, que era su base doctrinal, no se veía confirmado, si no más bien todo lo contrario, por los “hechos” de la investigación. Wernicke no logra imponer sus hipótesis sincréticas.

3. El portentoso y pasajero milagro

Entonces las escuelas clásicas de Jaspers, Schneider, Conrad, Wyrsh, Glatzel Huber... deciden mirar hacia dentro, hacia dentro de los temas con que se enfrentaban – el remanente de las psicosis– y crean el ingente, inmenso y maravilloso mundo de la psicopatología fenomenológica, describiendo síntomas y síndromes cada vez mas sutiles al margen –en general– de las etiopatogenias, que se declaran inespecíficas respecto de sus consecuencias.

El invento más notable consiste en estudiar y considerar las vivencias del paciente y elevarlas a la categoría de síntomas, mas para ello se precisaba el ejercicio de la empatía, el fomento de la relación médico–paciente y la aproximación al mismo considerando todas sus circunstancias biográficas, creenciales y temperamentales. Con el apoyo y paralelo desarrollo de este análisis biográfico –Biswanger– la psiquiatría vuelve a aproximarse a la medicina interna, que también aboga por ser medicina holística, humanística y personal: Weizäcker, Krehl, Alexander y Rof Carballo.

Así, a las cuatro actividades clásicas de la clínica médica:

Observación,

Palpación,

Percusión y

Auscultación,

se añade una quinta actividad obligada:

La introspección.

4. La pérdida de bellas palabras y sus correspondientes conceptos

Casi a la par del auge de la psicopatología comienza su propia decadencia, propiciada por diversos mecanismos:

a) La farmacología. Aparecen prodigiosas familias de medicamentos, producto no de investigadores cualificados de las universidades sino de las grandes multinacionales de la química. Odiosos síntomas y conductas son domados casi totalmente; a la par, sin embargo, se constata que estas familias atacan básica y solamente cuatro síntomas básicos:

La ansiedad.

La depresión.

La alucinación.

La agitación.

Así, pues, la psicopatología no necesita en vistas al tratamiento nada más que unos cuantos síntomas y, además, refuerza la ignorancia y desinterés hacia lo que siempre fue más señero en la medicina: la búsqueda de las causas de la enfermedad (la etiología) y los biomecanismos que producen los síntomas (la patogenia)

b) La medicina social

Curiosamente, como enseñaba un viejo maestro con quien aprendí medicina interna; es decir medicina (Profesor D. Jesús Casas Carnicero), la medicina socializada acababa con la medicina social.

Pues la medicina social comporta el estudio de todos los detalles y entornos del paciente en su vida y circunstancias, por lo tanto, el estudio de su biografía y el abordaje del tratamiento centrado no solo en la enfermedad y menos en los síntomas, sino en la persona del enfermo. En cambio, la medicina socializada impone rendimientos, eficacias y tiempos en la actividad del especialista, que deja de llamarse médico y pasa a ser mero facultativo de área, y se sustituye

también el nombre de *paciente* por el horroroso de *usuario*, que más tarde, escapando la psiquiatría del ámbito médico, se transforma aun más gravemente en *cliente*.

c) La aceleración de los sistemas de formación de especialistas que, centrados en la praxis, carecen de tiempo e interés para aquella formación humanística o cultural profunda que caracterizó siempre al médico, y muy especialmente al psiquiatra. Cito como anécdota un largo escrito mío de los años 80 en el que reseñaba textos y doctrinas que consideraba imprescindibles que leyeran y estudiaran los MIR como especialistas en ciernes: lo entregué a las primeras generaciones en el ámbito donde trabajaba, el Hospital Clínico y la cátedra de Psiquiatría de la Universidad de Valladolid. Lo aprovecharon, me parece a mí, los mejores, o quizás solo los más antiguos, pero poco a poco, y ante mí mismo, fue pareciendo hasta ridículo recomendar la lectura de Teilhard de Chardin o de la ontología de Hartmann y, con ellos, *La angustia vital*, de López Ibor

Así que desaparecen los bellos conceptos de:

Angustia, como crisis existencial capaz de trastornar la marcha biográfica del paciente, de propiciar una auténtica conversión, abordando así los errores de la vida en parte responsables de las calamidades y sufrimientos productores de los síntomas psiquiátricos, y bien diferenciable de la mera ansiedad.

Melancolía, como depresión profunda, paralizadora del hilo de la existencia, aliada con frecuencia con el síntoma anterior y a veces sola produciendo no ya cambio de rumbo, sino parada total del curso biográfico; denotativa de clara patología y bien diferenciable de las tristezas reactivas a las vicisitudes de la existencia y que no son patológicas, sino miserias acompañantes del ser humano, aunque, desde luego, precisen también comprensión y ayuda.

Histeria, el concepto más denostado cuando la psiquiatría americana abjuró del psicoanálisis, destruyendo la bella comprensión que brindaba, aunque tal comprensión estuviera fundada en hermosas hipótesis, no confirmadas ni confirmables, sobre la estructura psíquica del ser humano.

Neurosis, ese conflicto interno entre los deseos y las posibilidades, entre el placer y el deber, que existe aunque no sea interpretado por el psicoanálisis sino por la mera observación de lo humano; una guerra interna descrita en todos los tiempos, desde la tragedia clásica a la novela romántica. Otro concepto, pues, eliminado al ser arrastrado por el anterior en su caída al precipicio.

Compulsión, la lucha, también interna, en el obsesivo entre los deseos de acción que calmarían sus dudas y la constatación de su irracionalidad y, por lo tanto, la contención motora, que en un momento dado desborda todo freno arrastrando al enfermo hacia su propio abismo.

Mas esto no es nada más que el comienzo y el ataque de los moderados. Siguen

5. Los brutales ataques en la línea de flotación

a) La antipsiquiatría.

¿Existe algo parecido en otras especialidades? ¿Existe acaso la antipediatria? O la antidermatología?

El brote de la antipsiquiatría negando la enfermedad mental, que ya por entonces quedaba reducido a lo que algunos todavía denominaban psicosis, afirma que su origen y apariencia es un artefacto social producto de la sociedad capitalista burguesa.

Tamaño irrupción de una ideología a lo que debía ser objeto de la investigación científica retrotrae la psiquiatría a épocas como poco del siglo XVIII, en el que pululaban las creencias en el flogisto para la química y la frenología para lo mental. Pero ¿que digo? Más bien la retrotraen a las épocas medievales, cuando nuestros síntomas eran atribuidos a brujería o posesión diabólica. En la antipsiquiatría, por la inmunda posesión por el espíritu de la burguesía, ¿no?

Quiero opinar que aún sobrevivieron, desde luego, islas de sensatez, pero el conjunto de la especialidad perdió varias décadas de estudio y trabajo, amén de convertirse en diversos iconos y modas sociopolíticas que oscilaban desde el papanatismo a la ridiculez.

b) Los códigos diagnósticos

No nombraré lo innombrable. Los códigos en uso han asesinado, parece que definitivamente, al modelo médico. Lo han hecho

Renunciando a los factores etiológicos y evolutivos.

Renunciando a la búsqueda de unidades taxonómicas.

Renunciando al establecimiento de categorías ordenadas jerárquicamente.

Permitiendo, en fin, la proliferación hasta el infinito de lo que denominan *trastornos*, que se describen únicamente por la concomitancia accidental de hechos observables que ni siquiera tienen siempre la categoría de síntomas.

Por todo ello, los códigos diagnósticos actuales retrotraen a la psiquiatría al primer paso de su conocimiento como ciencia, primer paso que consiste, como sabéis, en la mera enumeración o catalogación de los hechos de observación

Además,

6. Las ominosas vicisitudes previsibles

Está a punto de estallar y fragmentarse el complejo edificio de las esquizofrenias nacido hace un siglo, pues el libro de Bleuler *El grupo de las esquizofrenias* se publicó, creo recordar, en 1913. Este complejo edificio construido trabajosamente en la búsqueda de unidad en la evolución, en los síntomas o en las terapias, y menos en las causas y origen, va a ser, efectivamente, la próxima víctima. Desaparecerán el nombre y el concepto y serán sustituidos por sus ruinas ordenadas por algún factor genético, alguna agrupación de síntomas (unos agudos y otros deficitarios y permanentes), alguna agrupación por la sensibilidad a algunos fármacos, o por las semejanzas de configuraciones de actividad cerebral presentadas por las técnicas de neuroimagen.

Contribuirán a ello, además de las fuerzas que ya he reseñado, otros factores como:

a) La mitigación de los síntomas, que de suyo ha conseguido la medicina actual en casi todas las enfermedades, es más notoria en la psiquiatría por la eficacia de los medicamentos, y de la pronta prevención y avanzada asistencia en los países desarrollados.

b) La tendencia disgregadora propia de nuestra época histórica, proclive a desmembrar unidades, conceptos y estructuras demasiado pesadas para el pensamiento plano del momento, como se observa tanto en la filosofía como en el lenguaje y, desde luego, en la política. El espíritu de la época, me parece, se defiende así también de la globalización del poder y el capital, y ello contamina ideológicamente también a la ciencia y supuestas ciencias, entre ellas a la psiquiatría.

c) La especialización en las terapias, sobre todo las de tipo asistencial y psicológico conductual, a las que me referiré después.

Psicosis:

La caída de las esquizofrenias arrastrará al término psicosis, cuya muerte alumbrará cuadros más sencillos y que serán fáciles de describir.

III. La Reconstrucción

Pero no creáis que soy pesimista. Al margen de la nostalgia de un psiquiatra viejo, los cambios son expresión de dinamismo y progreso, al menos definiendo al progreso como obligado movimiento al margen de toda evaluación categorial, basada siempre en principios previos que, por su misma índole, serán siempre subjetivos, ideológicos y partidistas.

1. En los diagnósticos:

Las clasificaciones al uso continuarán su ritmo imparable; tal cohete al vacío producirá sin cesar nuevos trastornos cada vez más anecdóticos como, por ejemplo, “ansiedad jacobea” o ansiedad de los peregrinos a Santiago de Compostela; o “impulsividad indagatoria” para aquellos que con el dedo exploren continuamente su nariz. Y así sucesivamente.

2. Respecto el tipo de pacientes

El inmenso grupo de los ansiosos, tristes, desengañados de la vida y buscadores de ayuda y consuelo será atendido, en principio, por psicólogos más o menos clínicos, pero poco a poco, como ya observamos ahora, por gurus de todas las religiones y creencias y aficionados múltiples, en camino ya desatado cuando Freud admitió el análisis laico; es decir realizado por no médicos. Todos ellos se abalanzarán sobre este grandioso pastel.

3. Respecto la labor del psiquiatra

El médico psiquiatra se hará cargo de los asuntos duros y actuará a su vez contundentemente. Se convertirá en un experto eficaz en la manipulación de los conocimientos, sentimientos y conductas de las personas, y no nos escandalicemos al utilizar este duro término, pues esto es lo que se le demanda. Si hasta ahora el término parecía inconveniente, era quizás por la propia debilidad y eficacia de los métodos disponibles. Ello cambiará y me atrevo a presentaros un esbozo de lo que vislumbro.

a) De forma inmediata se reconocerá que el electrochoque supone el reinicio del ordenador cerebral. Lo avala, entre otras experiencias, el hecho de que obtiene su máxima eficacia en las catatonias y en la melancolía estuporosa, que, a su vez, interpreto como el hecho de quedar colgado el ordenador cerebral. El estudio más detallado de este proceso conseguirá un importante progreso en el conocimiento de ese misterioso órgano que es todavía el cerebro.

De forma dura y eficaz aplicará procedimientos tanto sobre el soporte blando (los programas) como sobre el soporte físico (las herramientas) del cerebro. Nota: Me he comprometido ante mí mismo a no utilizar términos ingleses disponiendo siempre de excelentes equivalentes en español.

b) Respecto de los programas o soporte blando, el psiquiatra del próximo futuro aplicará, mediante el ordenador y en espacios virtuales, programas eficaces de condicionamiento, aprendizaje, remodelación de conductas y sentimientos, etc., diseñados para cada caso individual. Se seguirá su incidencia cerebral en tiempo real mediante neuroimagen, superelectroencefalograma y técnicas afines.

c) Respecto a la actuación sobre el soporte físico, recordemos que ya están en marcha aplicaciones aún experimentales de estimulación profunda mediante diversos tipos de energía. Seguirán implantes electrónicos y marcadores cerebrales, para los que auguro gran eficacia en años próximos para efectos puntuales como:

Control de crisis graves de angustia.

Control de los cambios de fase en los trastornos bipolares.

Control de actos impulsivos en psicopatías TOC y dependencias de sustancias. Puede que tengan gran importancia en el control del suicidio y otras las conductas agresivas (pensemos en los asesinos o violadores en serie).

Control de síntomas psicóticos agudos como la alucinación o las voces imperativas.

La memoria, como función más sencilla y mejor conocida, permitirá mejor su manipulación, lo que ya se está consiguiendo experimentalmente mediante acciones directas sobre el hipocampo, que es algo así como la pluma que explora el disco duro cerebral.

Se conseguirá, pues, activar y desactivar determinados contenidos de la memoria, quizás “implantar” algún contenido nuevo, o bien modificar algunas formas habituales de reacción y conducta, lo que sugiere un sinfín de aplicaciones terapéuticas.

El psiquiatra tendrá que trabajar en estrecha colaboración con el neurólogo, el técnico de imagen y aun con el ingeniero electrónico. En parte, puede que la psiquiatría se convierta en especialidad semiquirúrgica.

4. Otras tareas. Las grandes contradicciones:

Por otra parte, la sociedad, desde la ética y la juridicidad, exigirá al psiquiatra enfrentarse de forma dura y drástica con cuestiones aparentemente lejanas de las tareas propias que he citado, aunque en tiempos pasados fueron parte de su propio estudio y saber:

Me refiero a cuestiones como:

Conocimiento

Motivación

Libertad
Voluntad
Imputabilidad
Responsabilidad

Son funciones y capacidades que tendrán que considerarse (entre otros, claro está) como consentimientos informados para la aplicación de terapias tan drásticas y eficaces. Tendrá que legislarse cada vez más en qué casos cabrá aplicar forzosamente estas terapias, también en el enfermo ambulatorio, lo que, como sabéis, está actualmente en discusión. Todas estas cosas, ya lo sé, son cuestiones de siempre y de hoy, pero tendrán que desarrollarse y precisarse mucho más, y en situaciones cada vez más complejas. No será la menor de todas la presente en las decisiones relativas al suicidio voluntario bajo ayuda médica, bajo el concepto de la muerte digna.

Queridos amigos:

La psiquiatría ha muerto.

Larga vida a la psiquiatría.

Agustín Jimeno Valdés
Viana de Cega (Valladolid)
Octubre de 2014

ENTENDER LOS NACIONALISMOS

Dr. D. Juan Francisco Díez Manrique

El diccionario de la lengua española de la Real Academia (5) define entender como: “Tener idea clara de las cosas”.

Sería pretencioso suponer que nuestro acercamiento a tema tan coplejo consiguiera dicha claridad. El hecho nacionalista es de una profunda complejidad y abordable desde facetas muy diversas (políticas, históricas, geográficas, lingüísticas, religiosas, sociológicas, filosóficas) (2) .

Es definido el nacionalismo (5) como la ideología que atribuye entidad propia y diferenciada a un territorio y a sus ciudadanos y en la que se fundan aspiraciones muy diversas (2ª acepción).

Nos proponemos, de forma modesta, esclarecer algunos de los factores psicológicos que conducen al nacimiento de una ideología que confiere singularidad a un territorio y a sus habitantes, en una postura auténticamente etnogeocentrista, y haremos abstracción del resto de los abordajes a los que nos hemos referido.

El término *etnogeocentrismo* lo tomamos de Ramón Sarró y constituye uno de los mitologemas descritos y analizados por él en sujetos que padecieron cuadros “esquizoparafrénicos”(20) .

Considerar singulares un medio geográfico y a las personas que en él habitan hunde sus raíces en el etnogeocentrismo, que es una toma de conciencia que modifica el concepto espacial del “ser en el mundo”, y que obliga al sujeto a reestructurar dicho espacio. Al tiempo que esto sucede, se distorsiona la conciencia de la historia personal y universal para ajustarlas a un nuevo protagonismo. Desde estas profundas transformaciones se termina asumiendo que el lugar que ha tenido la fortuna de verte nacer, es, sin duda, un lugar con un significado especial en el universo.

Puntualiza Sarró que el ser humano, que, a diferencia de los animales, es “excéntrico”, se transforma en “hipercéntrico”. Desde esta

posición propende a “creaciones imaginarias” (20). En vez de aceptar y adaptarse a la realidad externa, se elabora una realidad propia que la suplanta y se convierte en exclusiva y mucho más tangible que la realidad antes compartida.

Para entender esta inmersión delirante es necesario profundizar en el concepto de conciencia (9) .

Determinadas técnicas de neuroimagen o electromagnéticas pueden aportar datos sobre algunos de los fenómenos mentales y hasta dibujar intencionalidades o sentimientos coloreados, pero las vivencias íntimas de los contenidos psíquicos son privativas del propio sujeto y solo él es capaz de experimentarlos y expresarlos. La conciencia de nuestras vivencias es una cuestión absolutamente personal y que no somos capaces de transferir en su totalidad al “otro”. En alguna medida son siempre elementos privativos.

Como sucede con la mente, también en la conciencia humana debe admitirse un lento proceso evolutivo que se escalona desde unos orígenes confusos a una auténtica conciencia del mundo y del yo.

Reproducimos, modificado, el esquema evolutivo de la conciencia que Simón toma de Gebser y Wilber (23,24,25,26)

<i>Años niño</i>	<i>Periodos</i>	<i>Características</i>	<i>Años humanidad</i>
0-2	Arcaico	Fusión con el mundo	3.000.000 – 150.000
	Mágico	Unión mágica con el mundo	150.000 -10.000
2-4	Mítico	Agricultura. Conciencia del tiempo. Enterramientos. Ciudades.	10.000 – 2.500
4 en adelante	Mental	Nacimiento del ego.	2.500 – actualidad

Merece especial atención el periodo mítico, en el que el hombre pasa del mito físico al mito ideal. Es el periodo de nacimiento de los “grandes mitos universales” y de las religiones. Es un momento importante para entender, como más adelante expondremos, los delirios.

El proceso humano de “toma de conciencia” se complica porque el hombre, además del mundo objetivo de las cosas “reales”, debe integrarse en campos dinámicos que distorsionan, difuminan o complementan dicha toma de conciencia. Wilber intentaba aclarar estas ideas con sus cuadrantes, asegurando que cualquier cosa encuentra siempre representación en ellos.

INDIVIDUAL INTERNO (Conciencia)	INDIVIDUAL EXTERNO (Cerebro, conducta)
COLECTIVO INTERNO (Cultura)	COLECTIVO EXTERNO (Social)

La riqueza funcional que ha conseguido el cerebro humano no es un logro individual, sino de especie. En mi cerebro están las huellas genéticas de la humanidad que me ha precedido y que me han transmitido el destilado consciente e inconsciente de las creencias y fantasías de la especie.

Cuando el grito (ruido) se convirtió en palabra adquirió el hombre el poder de cosificar y, sobre todo, de cosificarse ante sí y ante los otros, pudiendo expresar contenidos mentales que se relacionan con el mundo exterior tangible, y consigo mismo.

La palabra, además de poder definir con relativa concreción objetos e ideas, transmite actitudes ligadas a ellos. Estas referencias no son unívocas y se nutren de la subjetividad de emisores y receptores. Este entramado de subjetivismo simbólico consciente e inconsciente

es el vehículo más importante de transmisión cultural y seña de identidad del hombre. “En el principio era el Verbo”. Cabe pensar que en los albores de la humanidad, las palabras, además de signos, eran en sí mismas valores. No solo representaban cosas: eran, a su vez, las propias cosas, a las que se añadían las fantasías y simbolismos a ellas ligados. De aquí que el primitivo use la palabra con parquedad y con un sentido reverencial. Esta primitiva palabra ha ido perdiendo sus valores, acentuando su sentido como signo.

Cada hombre interactúa con el medio, se adapta a él y lo utiliza en virtud de una serie de mecanismos de adaptación aparentemente conscientes. La adaptación filogenética, de especie, se debe a mecanismos menos conscientes, más lentos y más profundos. Estos fenómenos adaptativos se proyectan en formas universales, de las que las producciones mitológicas son la expresión más evidente.

El primitivo, al observar los grandes fenómenos naturales, como el curso del sol, el devenir cíclico de claridad y oscuridad del día y la noche, las tormentas, los incendios, los nacimientos y las muertes, construye con ellos y para ellos fantásticas historias pobladas de héroes, dioses y espíritus malignos. El destino dependía de poderes ocultos que escapaban a su comprensión. No obstante, estos fenómenos, y los objetos en general, se pueden materializar al ser nombrados y se pueden, por tanto, modificar: se ruega a los dioses para que los acontecimientos sean benéficos y para ahuyentar los espíritus malignos. Al mismo tiempo, como la conciencia de objeto y sujeto no está bien diferenciada, el hombre se permite ser creador del universo, universo que integra en sí mismo. Los fenómenos están fuera y simultáneamente dentro, sobre todo en forma de sentimientos ligados a ellos, sentimientos que terminan identificándose con los propios fenómenos.

Estos sentimientos forman un entramado consciente e inconsciente y con ellos se forman los arquetipos, que pueblan la evolución humana. Los arquetipos son imágenes, unidas a emociones, que constituyen la base de las grandes construcciones mitológicas, a las

que el medio social se encarga posteriormente de dar forma colectiva, unir a creencias y rituales y ahormar en cultos.

Cualquier acercamiento al hombre y a sus fantasías y delirios ha de tener en cuenta todos estos hechos y circunstancias. Un acercamiento que solamente atienda a cerebro y conducta nos lleva a un reduccionismo materialista; por el contrario, un acercamiento basado en los aspectos sociohistóricos como única o casi única visión, conduce a un reduccionismo holístico.

Retornando a la conciencia individual interna del esquema de Wilber, pueden admitirse en dicha conciencia diversas orientaciones o estados que comienzan con una subconciencia centrada en los objetos externos y el propio cuerpo y que implica una comunión física del individuo con la corporeidad. En otro nivel de evolución la conciencia atendería a la propia mente y al yo. En una tercera, finalmente se produciría una orientación hacia lo espiritual a través de la cual el hombre puede integrarse en un todo universal. Desde esta conciencia, y en un constante proceso de “individuación” (14,15,16) el hombre “sueña” y busca lo perdurable, lo eterno, algo que evite la inexorable muerte, la fecha de caducidad impresa en el código de barras de nuestro envoltorio y que se trata de ignorar de forma fantástica.

A esta tendencia espiritual el hombre encuentra sustitutos más asequibles:

Poder, fama, sexo, sabiduría, etc...

Hablar de espiritualidad puede provocar posturas escépticas de pleno rechazo o una condescendiente sonrisa.

A pesar de ello, ha de admitirse que la espiritualidad existe y puede medirse y cuantificarse para tranquilidad de “científicos”. La escala de autotrascendencia de Cloninger es un ejemplo (4). Estudios realizados sobre gemelos sugieren, además, que la espiritualidad se ve influenciada por factores genéticos.

El hombre intenta dar respuesta a su espiritualidad potencial y a veces mitiga o satisface sus tendencias con un acercamiento a las creencias religiosas, en otras ocasiones esto no basta y su inquietud le

conduce a buscar otras soluciones. No es casualidad que obras relacionadas con la magia, el esoterismo, los arcanos o las producciones fantásticas sean consumidas fervorosamente o que se busque refugio en iglesias de la cienciología, sectas o variantes extremas de la religión propia. Esta misma finalidad tiene el recurrir a mandalas foráneas que ayuden en la búsqueda de un “camino”. Algunos de estos movimientos exigen adopciones incondicionales, absolutas, en un renovado gnosticismo que garantiza el conocimiento de lo divino. Estas nuevas teosofías son terrenos abonados donde sembrar el terrorismo, suicida o no.

La aceptación de una ideología nacionalista puede ser el cauce apropiado donde dar cumplida respuesta a esta espiritualidad.

Después de pasar revista a estas consideraciones sobre la conciencia, pretendemos afirmar que el delirio es, simplemente, un estado de conciencia diferente, distinta (conciencia delirante). Supone una situación no ordinaria de la conciencia en una lista que abarca estados hipnóticos, místicos, de ensoñación y de otras conciencias diferentes más ordinarias, como la del sueño.

La conciencia creadora es también un ejemplo de conciencia diferente. Cuando se produce de verdad el estro creador y el artista se abandona en dicho estado, los resultados no pueden explicarse como una labor puramente racional y consciente. La obra provoca un estado de inefable y sorprendente sensación ya en el propio artista. Este tipo de obras que sorprenden al artista y posteriormente subyugan al público tiene en común su carga simbólica. Lo expresado en ellas trasciende los elementos formales que las configuran.

El delirante posee una conciencia diferente y que puede integrarse y compartir con la conciencia cultural que le rodea.

Es difícil admitir que la conciencia delirante pueda estar determinada, en su génesis, por una alteración de puntuales áreas cerebrales o en concretos desequilibrios de determinados neurotransmisores. El delirio implica una postura global distinta frente a sí y frente al mundo, que supone una profunda modificación de la conciencia; es un cambio que afecta más a una globalidad que a alteraciones lo-

calistas. El delirio modifica el yo y el mundo. A este respecto debe aclararse que el mundo no es un ente estable e inmutable. Nuestro sistema nervioso central, con los datos perceptivos externos e internos, construye una realidad virtual que actualiza y modifica de forma constante. Sérieux y Capgras (21) afirman que “los interpretadores no inventan hechos completamente imaginarios; no se trata de ficciones sin fundamento o de ensoñaciones de una mente enfermiza. Se contentan con desnaturalizar, con travestir, con amplificar los hechos reales”.

Sostenemos, como lo hicieron Valenciano (22) o Cabaleiro Goas (3), que la filosofía de Ortega (8) concede un marco idóneo para el entendimiento del delirio. Vivir es desarrollar el proyecto vital de nuestras creencias, aquellas desde las que cada uno de nosotros percibe e interpreta el mundo. Ni el mundo (el mundo virtual que recreamos constantemente) ni nuestras creencias son inmutables; todo lo contrario. Creencias y mundo giran en el calidoscopio de nuestra conciencia y son sometidos a constantes interpretaciones.

El delirio no es más que una visión del yo y del mundo en uno de los giros interpretativos del caleidoscopio. No deberían aplicarse al estado delirante adjetivos negativos, como regresión, desviación, etc. La conciencia delirante no es patológica, como no lo es la conciencia durante el sueño, el ensueño, la hipnosis o el éxtasis. Son conciencias distintas. El delirio es otra clase de conciencia, con otras creencias y, desde ellas, otro mundo. El delirante, cuando refiere los contenidos de sus delirios, no utiliza metáforas: describe realidades. Estas realidades implican, en primer lugar la modificación de su propia realidad: el delirante se transforma.

Ante la profunda transformación del yo y del mundo, el hombre crea una respuesta nueva: el delirio.

La conciencia, delirante o no, se alimenta de creencias. Hace una diferenciación Ortega entre ideas y creencias. Vivimos inmersos en nuestras creencias, y nuestro yo y el mundo que nos rodea son vistos e interpretados de acuerdo con ellas. Por el contrario, en las ideas, desde la poesía a la ciencia más exacta, no estamos inmersos. Las

creencias nos sostienen, las ideas las sostenemos, aunque en ocasiones suplamos las creencias con ideas.

El hombre busca un significado a la realidad. Esta significación se alimenta de significaciones halladas por los hombres que le han precedido, y muy especialmente de las que sostienen aquellos con los que convive: somos el fruto de genes, nemes, y sobre todo, de convivencias. Sobre este mundo de creencias elaboramos nuestras ideas y, sobre todo, nuestros prejuicios. El delirio se basa en un sistema de creencias, que sustituye a creencias anteriores y que se nutre de elementos conscientes e inconscientes.

El inconsciente no es un reservorio en el que se depositen elementos susceptibles de hacerse un día conscientes, y que pertenecerían a una parte de nuestra historia pasada. Por el contrario, el inconsciente se muestra activo y tiene proyecciones en nuestro presente y en nuestro futuro, siendo responsable, en ocasiones, de novedosas ideas o “genialidades” para las que no encontramos justificación en nuestro mundo consciente.

A medida que avanza la humanidad pierde parte del papel que tienen las funciones inconscientes en el gobierno de nuestras vidas y lo racional pasa a dominar nuestras conductas. Las directrices inconscientes que reprimimos se manifiestan, sobre todo, en forma de ensoñaciones fantásticas o en los sueños, y siempre con un lenguaje escasamente lógico y simbólico.

Los mitos pueblan nuestro inconsciente y son configuraciones formales de creencias que tienen extensión universal y que han perdurado a través del tiempo. La coincidencia en contenidos doctrinales, creencias, y hasta ritos, de muchas religiones no se debe solo a un proceso de ósmosis producido por contactos entre creyentes y los consiguientes sincretismos. Las coincidencias se deben, en parte, a que las producciones arquetípicas afloran de forma espontánea y coincidente en el tiempo.

La universalidad se explica también por la transmisión simbólica cultural. Las culturas primitivas eran simbólicas y en las culturas actuales pervive el símbolo. En las primitivas culturas el símbolo,

como le sucede al simbolismo infantil, perdura largo tiempo en el entramado sociocultural expresivo. Cuanto más primitivo es el hombre y más pequeño el niño, es menor su conciencia de la realidad, precisando del juego simbólico. A medida que uno y otro maduran se tornan más conscientes y el juego simbólico pasa a engrosar la imaginación creativa. Esta maduración se acompaña de una maduración afectiva en procesos paralelos e interactuantes. El símbolo se asocia a afectos y estos se asocian y evocan símbolos. Esta es la razón por la que los símbolos arquetípicos provocan siempre intensas respuestas emocionales: poseen una energía psíquica que no tienen los símbolos convencionales.

Aunque pueda pensarse que los contenidos de sueños, fantasías y delirios son ilimitados, son, por el contrario, escasos. Sostiene Lévi -Strauss que los hábitos de los pueblos se ajustan a estilos y que las costumbres se estructuran en sistemas. Tiene el convencimiento de que estos sistemas no son ilimitados. Termina asegurando que “las sociedades humanas, como los individuos en sus juegos, sus sueños o sus delirios, jamás crean de una manera absoluta, sino que se limitan a elegir ciertas combinaciones en el repertorio ideal que será posible reconstruir”.

Hábitos, juegos, mitos, sueños, fantasías y delirios pueden incluirse en familias de contenidos temáticos limitados, como sugería Sarró al desarrollar sus ideas sobre los “mitologemas”, cuyo número estimó en unos veinte, advirtiendo que no siempre sus contenidos corresponden a un solo mitologema (20).

Los contenidos delirantes replican los contenidos de las grandes producciones miticorreligiosas de la humanidad. Se repiten una y otra vez los mismos esquemas: persecuciones, héroes, divinidades, monstruos pueblan el mundo delirante, como poblaron las producciones de los primeros relatos humanos y las posteriores obras artísticoliterarias. Los fondos productivos responden a un catálogo limitado que se reduce, más o menos, a los contenidos mitologemáticos enumerados por Sarró.

Aunque existen sueños, fantasías y delirios que tienen relación con la biografía personal, la mayoría son ajenos a esta y pertenecen a los arcanos de la historia espiritual de la humanidad, poblada de mitos y religiones. Para Jung serían “imágenes primordiales” pertenecientes a un “inconsciente colectivo” y que explicaría la repetición de mitos, símbolos y delirios en todo el universo. Aunque es difícil aceptar una transmisión hereditaria de los arquetipos, puede admitirse que todo cerebro humano hereda las condiciones potenciales que hacen posible su repetición.

La conciencia es una función global en la que es imposible disecionar conciencia del yo y conciencia del mundo. No obstante, los contenidos delirantes pueden ser diferenciados dependiendo de que las creencias afecten más a una u otra vertiente. Según esta artificiosa diferenciación, los mitologemas pueden dividirse en aquellos en los que las creencias se basan más en la conciencia del mundo:

- Fin del mundo
- Hostilidad universal
- Hostilidad sobrenatural
- Deformación del espacio y el tiempo
- Seres fantásticos
- Transformación de signos en símbolos

Frente a los citados, otro grupo de deliremas se caracterizan porque las creencias se apoyan más en la conciencia del yo:

- Mesianidad.
- Divinización
- Sacralización de la historia individual o universal (Nueva genealogía)
- Muerte reversible
- Pluralidad diacrónica y sincrónica de egos
- Metamorfosis de la corporeidad

Existe un mitologema en el que se modifican tanto la conciencia del yo como la del mundo:

- Etnogeocentrismo

La doble implicación en él de la conciencia del mundo y, al tiempo, de la conciencia del yo lo convierten en el delirio en el que más profunda y plenamente se compromete el ser humano. Esta puede ser la razón de que el delirio etnogeocentrista sea, posiblemente, unos de los delirios más “absorbentes” en la persona que lo vive y el que más fácilmente se contagia.

El contagio delirante, descrito en principio por Laségue y Falret, es un hecho frecuente, contra lo que pudiera creerse (17,6,7,10) .

Consiste el etnogeocentrismo, como ya se expuso, en el absoluto convencimiento de que el lugar en el que he nacido es el centro del universo y de que tanto yo como los que han tenido la fortuna de compartir mi lugar de nacimiento somos seres privilegiados.

Se alimenta este mitologema de los altos componentes emocionales que conllevan las referencias a los “orígenes”, al “terruño”, y que tienen sus principios en contenidos arcaicos inconscientes. No podemos olvidar que la casa “materna o paterna” encierra en sí todos los imagos infantiles.

Debido a estos altos componentes emocionales y su facilidad de “contagio”, estas referencias son utilizadas por todos los movimientos nacionalistas que a estos elementos simbólicos suman otros, como el de patria, al que añaden nuevos símbolos (banderas, tótems, ritos culturales). Si a ello se le agrega un componente ideológico, religioso o no, está justificado vivir, morir y hasta matar por dichas causas.

El etnogeocentrismo alimenta el sentimiento de pertenecer a una etnia o conjunto de individuos que participan de unos caracteres comunes y propios (geográficos, lingüísticos, históricos y hasta antropológicos) que da lugar a una cultura singular y distinta y que se acerca peligrosamente a una consideración racial.

Vivimos momentos en los que el hombre debería realizar esfuerzos para ejercitar su humildad. Todos los seres humanos somos genéticamente uniformes, provenientes de un posible antecesor común, y nuestro genoma, nuestro carné de identidad biológico, apenas se diferencia del de el mono. En este contexto parece absurdo insistir en

las diferencias entre seres humanos, basadas en elementos tan irracionales como los que venimos analizando. La obra de Sabino Arana a través de sus discursos, su epistolario, contenidos históricos, historioliterarios y doctrina es un buen ejemplo de este planteamiento. “No basta ser hijo de Bizcaya. Precisa ser patriota” (1) .

Otro tanto puede decirse de las enseñanzas de Fichte (11) .

De estos convencimientos puede pasarse al de que “los otros” deben ser odiados y exterminados porque son una amenaza a la “limpieza” de tan excelsos conceptos.

La transmisión y asunción de estas ideas es tarea muy fácil. Basta una adecuada impregnación lingüística. Solo se precisa repetir machaconamente la idea, crear determinadas fronteras de aislamiento, ejercer una presión interna basada en el poder o, mejor, en el temor y el mecanismo se perpetúa y alimenta en un imparable “movimiento continuo”. Para completar la obra es conveniente añadir elementos ornamentales. No son esenciales, pero complementan y perfeccionan los conceptos fundamentales. Es preciso desempolvar la realidad de antiguas agresiones perpetradas por los “otros”, atemporizarlas y retrotraerlas al presente; deformar otras, inventar algunas (“Pocos son relativamente los que en España no usan navaja”): en definitiva, crear una historia en gran medida inexistente, basada en las miserias reales de toda historia pero, insisto, haciéndola presente, negando posibilidades al perdón o al olvido. Se inventan o agigantan héroes, ideólogos y “padres de la patria”. Las ideologías suelen ser poco brillantes, pero siempre existe la posibilidad de maquillar las ideologías. Con el fin de mantener estas ideas irracionales y simplistas y que sean plenamente asumidas por el pueblo, se crea un sistema de indoctrinación repetitiva, del que se encargan los oportunos y oportunistas profetas. Son los fabricantes de la oratoria, y afirma Aldous Huxley en “Los demonios de Loudun”(13) que no hay oratoria eficaz sin una supersimplificación y es imposible supersimplificar sin desvirtuar los hechos, es decir, sin mentir.

Deben transmitir el mensaje de forma machacona y simplista, revestido de la mayor grandilocuencia. La simplificación y la descon-

fianza y el odio centrados en el extraño son las mejores envolturas para hacer fácilmente asumible la idea. Se crea un clima de aislamiento propicio a la constante realimentación de las creencias. Es importante destacar que estos mecanismos proyectivos que sitúan el odio en el extraño pueden confirmarse en parte. La postura de orgulloso victimismo del nacionalismo exhibida de forma machacona puede terminar provocando un sentimiento de rechazo que será aprovechado nuevamente (“Teníamos razón, nos rechazan”).

Se establece, poco a poco, el clima en el que florecen los nacionalsocialismos de unos y otros signos. Solo es ciudadano de pleno derecho aquel que es “compatriota”. Para determinar la categoría de cada ciudadano pueden elaborarse criterios precisos: “En principio, el nacimiento solo confiere la condición de súbdito. Esta situación no incluye sin embargo, el derecho de servir al Estado en carácter de funcionario público ni el de tomar parte activa en la política, en el sentido de votar en las elecciones. En el caso de cada súbdito del Estado habrá de examinarse la raza y la nacionalidad”. Estas ideas, propias de las doctrinas de Hitler (12), tienen cabida en sistemas auténticamente delirantes cuya repetición siempre es posible.

Cada hombre es único, pero solo en la medida en que es capaz de elaborar unos datos, que recibe de su medio, y de utilizarlos de forma personalizada. Esas son sus señas de identidad; el resto le sumerge en el rebaño. Una vez conseguida la sumisión, la propaganda puede simplificarse al máximo: cuanto más elemental y simple, mayor efecto consigue. Esta circunstancia fue perfectamente intuita también por Hitler, que en *Mi lucha* afirmaba que la propaganda debía ser popular, adaptada a la capacidad del menos inteligente de los individuos del grupo, al que va dirigida. Por consiguiente, cuanto mayor es el grupo menos nivel, intelectual debe tener el mensaje.

Cuando estas ideas se consolidan la exterminación del “otro”, del “impuro”, no solo está justificada: simplemente, es necesaria. Cuando la ocasión lo ha permitido se han producido estas limpiezas exterminadoras, que, junto a enemigos de la patria, pueden incluir a personas afectas de otras “rarezas” o taras.

Existen muchos momentos históricos en que estos hechos se han producido y se producen. Se producen en el momento en que un grupo se contagia de un delirio etnogeocentrista y estima que todo aquel que no comparte sus ideas, o supone una rémora para la fructificación de estas, debe ser eliminado. El mismo camino deben seguir aquellos que no han tenido la virtud de nacer en la “patria”, no tienen unas medidas antropométricas ideales o no alcanzan determinadas proporciones en el reparto de apellidos autóctonos. Se hace precisa su eliminación; es un sagrado deber eliminarlos para conservar la pureza de las ideas, de la “raza” y de la “patria”. Nos hallamos ante la esencia del nacionalsocialismo: solo puede ser ciudadano del Estado aquel que sea compatriota, y solo es compatriota el que tiene la sangre de la raza que aplica las normas y no dificulta activa o pasivamente dichas normas.

Sobre las primitivas ideas delirantes se elaboran, de forma inmediata, los prejuicios. En su creación intervienen elementos inconscientes, entre los que la proyección es uno de los mecanismos más utilizados. Ponemos en “los otros” intenciones y cualidades negativas que identificamos mal, o que no somos capaces de identificar en nosotros mismos.

Racismos, lingüismos y, en general, la mayoría de los “ismos” corresponden a prejuicios colectivos y hasta universales, originados en los mecanismos individuales a los que hemos hecho referencia y reforzados y consolidados por aceptaciones, apoyos o presiones sociales.

Así como hasta las creencias más profundas pueden admitir algún tipo de reparo crítico, el prejuicio no admite discusión posible. El prejuicio es una creencia consolidada que no admite contrastes lógicos.

El hombre se adhiere así de forma definitiva a verdades inciertas. En estas circunstancias, se obvian las contradicciones, se anula la posibilidad de procesar nuevas informaciones y basta la verdad poseída. Sobre esta verdad se basan y justifican decisiones y conductas posteriores.

Se personaliza la “maldad” en el “otro” y sobre todo si el otro es “diferente”. Una vez identificado el diferente, se le “extraña” y se perpetúan sus diferencias con fronteras de aislamiento y manteniendo viva constantemente la idea de la diferencia, con machacona insistencia.

Estas vivencias mitologemáticas son expresiones de realidades espirituales y universales. Para que el mitologema sea capaz de provocar respuestas afectivas, más allá de sus temáticas formales, debe poseer el atributo de la universalidad y la numinosidad. Solo los mitos, leyendas, cuentos y resto de creaciones imaginarias que cumplen estas condiciones son capaces de crear impacto emocional. Toda experiencia numinosa tiene su origen en un campo extraconsciente que rebasa el inconsciente personal para situarse en un inconsciente más universal. Esta es la razón por la que, cuando un arquetipo es actualizado socialmente, prende en el medio y su influencia se contagia. Este mecanismo explica la convencida aceptación de estas ideas.

Los arquetipos tienen una resonancia que moviliza emociones, como lo hacen determinadas pulsiones o instintos: fascinan.

Desde estos presupuestos, es absurdo esperar la reversión de un esquema nacionalista, ya que no cabe en él una solución de racionalidad y un intento represivo, pacto “político” o de solución legal solo serviría para reforzar convicciones y prejuicios. Solo el individuo tiene la posibilidad de modificar paulatinamente su conciencia mediante su propio compromiso, su proyecto personal.

El proyecto, la vocación comprometida del hombre, es la única esperanza de vivir y de sobrevivirse. En palabras de Lévi-Strauss el universo comenzó sin el hombre y terminará sin él. Nuestra presencia en este mundo y el racional progreso en el que gastamos nuestras energías están destinados exclusivamente a participar de la inercia evolutiva del universo hacia su ineludible destrucción.

Hasta que ese fin llegue, habremos podido enriquecer nuestra conciencia con la herencia cultural y genética, y con la convivencia de la que hemos participado. Así mismo, en esa convivencia, podremos esforzarnos en un progresivo retorno al universal excentricismo, pro-

pio del hombre, en el que cada pequeño rincón del universo sea un espacio excepcional pero común y cada ser humano sea único pero igual al resto de los hombres y, sobre todo, igual a mí.

Afirmaba Alberto Pico, hombre de profunda fe dubitativa y humano teólogo, que la aceptación de los misterios de nuestra religión es tarea fácil, porque asumir la mayoría de ellos no exige compromiso personal alguno. Aceptar el misterio de la Santísima Trinidad, gran parte de nuestro Credo o la Transubstanciación son creencias enormemente absurdas, contempladas desde la racionalidad, que solo nos exigen creer.

No sucede lo mismo si tenemos que aceptar que Cristo, además de estar presente en el pan y el vino consagrados, está presente en el prójimo: ello supone un compromiso personal que entibia mucho la fe. Aceptarlo supone aceptar incondicionalmente al otro, sea quien sea el otro, y por si ello fuera poco, amarlo. Esto, afirmaba Pico, quita la fe a cualquiera.

Al margen del marco religioso y la exigencia a que este obliga, el hombre como tal ha de aceptar, desde un punto de vista puramente racional, que “el otro” es idéntico a él, como ser humano que es.

Solo esta aceptación puede conseguir que las fantasías que habitan al nacionalista puedan abandonarle un día.

Bibliografía

1. Arana Goiri, S. *Obras Completas*. Sendoa. San Sebastián, 1980
2. Augusto, R. *El nacionalismo ¡vaya timo!*. Laetoli. Pamplona, 2012
3. Cabaleiro Goas, M. *Temas Psiquiátricos*. Paz Montalvo. Madrid, 1966
4. Cloninger C.R., Przybeck TR, Svrakic D. M. *The Temperament and Character Inventory (T.C.I.): a guide to its development and use*. Washington University, 1994
5. *Diccionario de la lengua española*. Editorial Espasa Calpe. Madrid, 2001

6. Díez Manrique, J.F. “Folie a deux”. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y Am. Latina*. T. XIII, nº 8, (503-520),1978
7. Díez Manrique, J.F “Delirio contagiado Locura simultánea”. *Actas LusoEsp. de N. y Psiquiatría*. Vol. XXV, nº 3, (188-193), 1966
8. Díez Manrique, J.F “Locura Simultánea”. *Actas LusoEspañolas de Neurología y Psiquiatría*. Vol. VIII, 1973.
9. Díez Manrique, J.F. *Los delirios (Las fantasías que nos poseen)* Real Academia de Medicina de Cantabria. Santander, 2009.
10. Díez Manrique, J.F. “Psicosis de Asociación”. *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*. Vol. III, nº 4, (231-236), 1975.
11. Fichte, J. G. *Discursos a la nación alemana*. Tecnos. Madrid, 1988
12. Hitler, A. *Mi lucha*. Colección Ave Fénix “Histórica”. F. E., S. L. Barcelona, 2003
13. Huxley, A. *Los demonios de Loudun*. Editorial planeta. Barcelona, 1972
14. Jung, C.G. *Arquetipos e inconsciente colectivo*. Paidos. Barcelona, 1970
15. Jung, C.G. *El yo y el inconsciente*. Luis Miracle. Barcelona, 1950
16. Jung, C.G. *Psicología y religión*. Paidos. Barcelona, 1949
17. Lasègue C, Falret J. *La folie à deux ou folie communiquée*. Ann Med Psychol. 18. (321-355). Paris, 1877
18. Ortega y Gasset, J. “¿Qué es Filosofía?”. *Revista de Occidente*. Madrid, 1958
19. Ruiz Ogara, C., Medina León, A., Moreno Diaz, M.J. *La creación del mundo vista desde la locura*. KRK Ediciones. Oviedo, 2002

20. Sarró, R.. *De la teoría mitologemática al homo demens*. Policrom S.A. Barcelona, 1993
21. Sérieux, P. y Capgras, J. *Las locuras razonantes. El delirio de interpretación*. Biblioteca de alienistas del Pisuerga. Madrid, 2007
22. Valenciano Gaya, L. “El síndrome paranoide a la luz de la concepción antropológica de Ortega y Gasset” *Revista de psicología general y aplicada*. Vol. XII, nº 44, 1957.
23. Wilber, K. *El espectro de la conciencia*. Kairós. Barcelona, 1990
24. Wilber, K. *La pura conciencia del ser*. Kairós. Barcelona, 2006.
25. Wilber, K. *Psicología integral*. Kairós. Barcelona, 1994
26. Wilber, K. *Una visión integral de la psicología*. Alamah. México, 2000

SEMIOLÓGIA DEL FENÓMENO PSICOPATOLÓGICO (SIGNO, SÍNTOMA Y RASGO)

Vicente Gradillas
Profesor Titular de Psiquiatría. Universidad de Málaga

Alameda de Colón 34, 29001 Málaga
952 214389
nodoger@hotmail.com

Vicente Gradillas realiza la licenciatura de Medicina en la Universidad Complutense e inicia su formación de la especialidad en el Hospital Psiquiátrico de Leganés (Instituto José Germain). Residente un año en el Hospital de Bonneval (Francia) y otro en el Hospital Severalls (Reino Unido) tras conseguir una beca del Ministerio de Educación de estudios en el extranjero. Termina la especialidad al conseguir el Diploma de Psiquiatría en la Universidad de McGill (Canadá). De vuelta a España consigue por oposición la plaza de Profesor de Sala del Servicio de Psiquiatría de la Diputación Provincial, vacante tras la jubilación del director (Ortiz Ramos); además se encarga de la enseñanza de la Psicología Médica y de la Psiquiatría de la naciente Facultad de Medicina de la Universidad de Málaga durante varios años. Sus publicaciones principales son las siguientes: “La Familia del enfermo mental: la otra cara de la Psiquiatría”, Díaz de Santos (1998); “Los problemas del alcohol”, Aljibe, (2001); “Trastornos de la personalidad en la práctica médica”, Masson, (2002); “Psicopatología Descriptiva: Signos, Síntomas y Rasgos”, Pirámide, (2004); “La entrevista clínica” (en colaboración con Vicente Gradillas, Jr.), Grupo Ars XXI, (2006).

Hoy día se aprecia en los estudios de la especialidad psiquiátrica una tendencia hacia lo objetivo y mensurable, siguiendo rigurosas

pautas de la experimentación científica; de este modo, se están consiguiendo avances extraordinarios. Sin embargo, escasean trabajos que apliquen una metodología basada en el prácticamente único procedimiento del que dispone el clínico: la entrevista con el paciente. En este estudio se analizan los diversos atributos de cada uno de los fenómenos psicopatológicos¹ que pueden observarse en el examen del paciente; se propone un esquema, sin tener la pretensión de ser exhaustivo ni de descubrir nuevos atributos de los fenómenos psíquicos anómalos. De este modo, al seguir un análisis metódico, y no irregular como comúnmente se hace, se profundiza en el conocimiento de las anomalías psíquicas que presenta el paciente concreto, facilitando un mejor juicio diagnóstico y pronóstico así como el apropiado manejo terapéutico. La adquisición de las habilidades clínicas semiológicas ha de estar presente desde los años formativos de la residencia y continuar su desarrollo durante su posterior práctica profesional. Se denomina fenomenología a esta parte de la Psiquiatría, sobre todo en círculos americanos donde la influencia de Jaspers, que empleó el término en un sentido distinto, apenas existió.

I. El fenómeno psíquico anómalo propiamente dicho (o en sí mismo)

1. Concepto
2. Subjetivo (síntoma), objetivo (signo) y forma de ser (rasgo)
3. Intensidad y cualidad
4. Negativo y positivo
5. Función y contenido
6. Estructura (ser) y estado. Crónico y agudo

II. Interacciones intrapsíquicas

1. Egosintonía y egodistonía
2. Conciencia de anomalía
3. Reacciones del sujeto a su anomalía

¹ Al centrarse en el fenómeno psicopatológico la parte más elemental de la Psiquiatría, nuestra especialidad se asemeja a otras disciplinas como la química, la fonética y la metafísica que consideran fundamental el conocimiento del átomo, del fonema y del ser.

III. Impresiones afectivas y de sentido

1. Resonancia emocional
2. Comprensibilidad: personal (empática), genérica y cultural

IV. Factores externos

1. Influencia del medio en el fenómeno psicopatológico
2. Efectos de la anomalía sobre la vida personal

V. Factor tiempo

1. Secuencia: comienzo, terminación, duración, evolución, periodicidad
2. Ciclo vital
3. Orientación temporal

VI. Síntesis

1. Diferencias de los rasgos con los signos y síntomas
2. Relaciones de las anomalías entre sí. Fenómenos primarios y secundarios
3. Congruencia
4. El diagnóstico personal

I.- El fenómeno psíquico anómalo en sí mismo

1.- Concepto

No corresponde al objetivo semiológico de este trabajo centrarse en discutir las diferentes concepciones de anomalía psíquica; simplemente se apunta que, al igual que el fenómeno patológico en Medicina se define por el dolor o la alteración, el fenómeno psíquico anómalo se delimita por el sufrimiento y la inadaptación (familiar, laboral y social). No obstante, deben tenerse en cuenta ciertas diferencias, pues mientras el dolor y la alteración funcional son necesariamente objeto de la Medicina, el sufrimiento y la desadaptación pueden ocurrir al margen de la Psiquiatría; p. ej.: el malestar emocional tras la muerte

de un ser querido o el delito son en general vivencias y comportamientos dentro de la normalidad psicológica.

2.- Subjetivo (síntoma), objetivo (signo) y forma de ser (rasgo)

Hay fenómenos psicopatológicos de los que el sujeto se queja, algo que le sucede no va bien: dificultad continuada de recordar nombres previamente muy conocidos, falta de ilusión, irritabilidad excesiva; en estas anomalías predomina el componente subjetivo; corresponden a los síntomas de la semiología médica. Asimismo, están los hallazgos anómalos conseguidos tras observar y explorar el psiquismo del enfermo en el transcurso del encuentro clínico: inexpressión facial, voz titubeante, manos sudorosas, llanto, incongruencia afectiva, no repetición de cuatro dígitos, etc.; son los signos de las enfermedades.

Las anomalías psicológicas (ansiedad, tristeza) contienen generalmente vivencias de la persona (síntomas), manifestaciones (pulsaciones, sudores, expresiones faciales) que se observan desde el exterior (signos). La proporción de los aspectos subjetivos y objetivos del fenómeno psíquico anormal varía, además, según la naturaleza del mismo, las peculiaridades del sujeto y la cultura en la que este se desenvuelve. De este modo, en personas deficientes e incluso en habitantes de ciertos países (árabes, indios) prevalecen las manifestaciones objetivas, que son las decisivas para el diagnóstico.

Por otro lado, está el rasgo (peculiares y permanentes modos de percibir e interpretar la realidad, sentir y relacionarse) que se muestra a lo largo de la vida y se evalúa con los datos de la anamnesis conseguidos a través del paciente y de otras personas de su medio. En la actualidad se tiende erróneamente a aplicar en algunas publicaciones el término síntoma a todo fenómeno psíquico anormal, que incluye además el signo y el rasgo.

3.- Cuantitativo y cualitativo. Actividad

Los fenómenos psicológicos en su mayor parte solo son patológicos si alcanzan una determinada intensidad; han de llevar consigo, pues, un elevado sufrimiento o afectar substancial y negativamente a las relaciones de la persona en alguna de sus áreas de funciona-

miento. Por esta razón, el paso de un fenómeno psicológico normal a patológico resulta a veces difícil de valorar, como también sucede con ciertas manifestaciones de la medicina somática (tensión arterial, glucemia, número de hematíes). Así, ¿qué intensidad han de alcanzar las preocupaciones de un sujeto para considerarlas anómalas?, ¿cuándo la aprensión por las enfermedades se convierte en hipocondría?

Dado el afán de cuantificar, que domina actualmente la psicopatología, se han propuesto numerosas escalas que pretenden medir la intensidad de un fenómeno psíquico al igual que se ha logrado con el grado de inteligencia. Las aportaciones al respecto no dejan de ser valiosas; no obstante, la tarea psicométrica es difícil para la mayoría de los signos, síntomas y rasgos psíquicos; no es lo mismo medir el grado de inteligencia que el de anhedonia. El paciente unas veces no quiere y otras no puede expresar su vivencia interna, resultando más asequible en la práctica la exploración clínica que la psicométrica.

Por otro lado, la mera presencia de algunos fenómenos psíquicos lleva consigo la anormalidad; de ahí que su patología sea de naturaleza cualitativa al no existir transiciones con la normalidad, p. ej.: ciertas anomalías del pensamiento (inserción, bloqueo) son manifestaciones propias de las psicosis debidas tal vez al efecto directo del factor etiológico.

En el caso de las alteraciones del estado de ánimo, precisar la naturaleza cuantitativa o cualitativa resulta a veces arduo. Así, la tristeza de ciertos depresivos ¿se asemeja a la sentida tras un acontecimiento adverso? O, por el contrario, ¿se trata de un afecto cualitativamente distinto, correspondiente a la tristeza vital de los clásicos? Del mismo modo sucede con la euforia de algunos maníacos: ¿Es de la misma naturaleza que la del sujeto alegre por un acontecimiento favorable (aprobar una oposición) o surge sin ser proporcional a una causa externa y se experimenta de un modo diferente? En general, las emociones (tristeza, euforia) que se observan en los trastornos afectivos son mezclas de elementos cuantitativos y cualitativos.

La anomalía de los rasgos se debe, sobre todo, a las inadaptaciones que causan en el medio familiar, laboral y social; el malestar psíqui-

co surge solo en las formas de ser evasivas y menos frecuentemente dependientes y obsesivas. Estas desviaciones extremas de los rasgos comunes en el ambiente sociocultural del sujeto se hallan de forma atenuada en casi todas las personas (necesidad de atención, suspicacia, etc.), habiendo solo diferencias de grado con la normalidad; al contrario de los signos y los síntomas (alucinaciones e ideas delirantes) de los trastornos mentales, no pueden ser cualitativamente distintos a los fenómenos normales.

Determinar la intensidad de cada una y de todas las alteraciones psíquicas (cuantitativas y cualitativas) que presenta un enfermo resulta fundamental en la clínica pues, dentro de una misma categoría diagnóstica, las perspectivas varían considerablemente según el grado de patología que contienen: las personas que padecen esquizofrenia, depresión o demencia plantean problemas de manejo diferentes según la fuerza de sus manifestaciones (ideas delirantes, tristeza, deterioro cognitivo). Por esta razón, el conocimiento de la intensidad del fenómeno psíquico anormal nos aproxima, junto con las peculiaridades biográficas y la estructura psíquica del sujeto, al diagnóstico personal. Asimismo, las pérdidas de memoria e inteligencia tras un traumatismo cráneo-encefálico si no adquieren cierta intensidad pueden no llegar a ser patológicas.

Actividad

Una forma de valorar la intensidad de un fenómeno psicopatológico consiste en lograr datos respecto al tiempo que este permanece en la mente y el predominio en la misma; de este modo, la fobia obsesiva (temor de dañar a un hijo) puede ser muy activa al persistir todo el tiempo y ocupar un primer plano en la conciencia. Con la mejoría disminuyen tanto la temporalidad como la intensidad de la atención que se presta al pavor que tal fenómeno psicopatológico representa. Otra forma de actividad es la posibilidad de pasar al acto (ver reacciones del paciente a sus anomalías).

4.- Negativo y positivo

En ocasiones la anomalía psíquica aparece al faltar parcial o plenamente atributos o habilidades que se encuentran en la normalidad

del sujeto; son los fenómenos psicopatológicos negativos (1): apatía, anhedonia, insuficiente motivación, ensimismamiento, abandono de la apariencia personal, pobreza de pensamiento y dificultad de abstracción. Por otro lado, hay manifestaciones (vivencias, comportamientos) que no están presentes en el funcionamiento normal del sujeto; son los fenómenos anómalos positivos: ideas delirantes, alucinaciones, pensamiento inconexo, neologismos.

5.- Función y contenido

En el fenómeno psicopatológico conviene distinguir la función psíquica afectada (percepción, pensamiento) del contenido que se refiere a la temática. Algunos ejemplos pueden aclarar estas dos propiedades del fenómeno psíquico anormal: dos pacientes se quejan de ser rechazados, odiados y eludidos por sus vecinos, incluso acusados de homosexuales; sin embargo, los motivos pueden ser distintos: uno escucha voces que le critican, y otro cree con firmeza, pero sin fundamento lógico, en la veracidad de tales quejas. En estos casos el contenido es similar, a veces incluso idéntico; ahora bien, la función alterada difiere: el enfermo del primer caso sufre alucinaciones (alteraciones perceptivas) mientras que el del segundo presenta una idea delirante de referencia (alteración del pensamiento). Igualmente, el terror a las multitudes (contenido) puede basarse en funciones alteradas diversas: miedo a no disponer de asistencia médica urgente si se precisara ante una crisis ansiosa (agorafobia), a una avalancha que dificulte la respiración (fobia específica) o a encontrarse con personas desconocidas (fobia social). El ensimismamiento puede deberse a la falta de interés en las relaciones interpersonales o al predominio de alucinaciones y del pensamiento fantástico que acaparan plenamente la atención; en el primer caso se está ante un rasgo esquizoide y en el segundo, ante una anomalía psicótica.

En otras ocasiones, sucede lo contrario: la función alterada es similar y, sin embargo, los contenidos varían de un enfermo a otro, y hasta el paciente mismo puede mostrar diferentes temas en sus distintos episodios. De este modo, la obnubilación de la conciencia, debida a hipertermia o a intoxicación, se manifiesta por medio de

contenidos variados (hipo e hiperactividad, gritos de miedo o cólera). La ansiedad patológica (función) subyace en distintas vivencias y manifestaciones neurovegetativas (contenido). Se tiende a concebir que los factores etiológicos intervienen más directamente en alterar la función y, por otra parte, la personalidad y las vivencias previas, en condicionar el contenido anómalo.

En los trastornos graves, la función alterada suele ser más importante para valorar el significado del fenómeno psíquico anormal: una idea delirante sin estar basada en otra anomalía (primaria), independiente de su temática (persecución, grandeza), nos indica una psicosis. Sin embargo, el significado del contenido no debe minimizarse: la peligrosidad de un delirante puede ser muy distinta según los perseguidores sean determinados vecinos o seres extraplanetarios. Asimismo, en los trastornos más leves (alteraciones ansiosas y de la personalidad) el contenido puede ser el elemento más importante: una fobia a los ascensores de un minusválido que trabaja en un séptimo piso constituye una desdicha; pero si el contenido de la fobia se refiere al temor a viajar en metro, y donde reside no hay tal medio de transporte, la influencia del fenómeno anómalo en la vida de la persona será mínimo o inexistente. La necesidad de llamar la atención supone en algunas personas llevar a cabo obras beneficiosas para la sociedad (rasgo constructivo, normal) mientras que en otras constituye un fastidio para quienes conviven con ellos (rasgos histriónico y límite).

6.- Estructura (ser) y estado. Crónico y agudo

¿Se halla el fenómeno psicológico alterado de un modo estable o temporal? La respuesta a esta pregunta supone disponer de un dato de gran interés clínico. Ciertas alteraciones cognitivas, como las observadas en los síndromes demenciales, difieren sustancialmente respecto a las perspectivas de recuperar la normalidad de las halladas en personas confusas o con trastornos afectivos. Mientras los primeros fenómenos psicopatológicos atañen al armazón estable de los mismos (estructura, crónico), los últimos dependen de otros de tal forma que si vuelven a la normalidad (claridad de la conciencia, restable-

cimiento del ánimo) también se recuperan las alteraciones cognitivas (estado, agudo). Igualmente, la irritabilidad puede ser constante (rasgo de la personalidad, traumatismo encefálico) o puramente coyuntural² (episodio maniaco); o la tristeza del distímico suele ser más duradera que la del depresivo vital. Esta crucial distinción de estructura y estado del fenómeno psíquicamente anómalo, que conlleva un trascendental juicio pronóstico, se entiende fácilmente en español al disponer de dos verbos, ser (estructura) y estar (estado).

II.- Interacciones intrapsíquicas

1.- Egosintonía y egodistonia

El fenómeno psicopatológico puede identificarse con la persona (egosintonía) o no (egodistonia). Su análisis aporta datos de gran interés clínico. He aquí algunos supuestos:

1. La persistencia en la mente de un mismo pensamiento apenas tiene importancia semiológica, si su contenido está en armonía con el sujeto: el recuerdo continuo de un ser querido tras su fallecimiento (idea fija). Ahora bien, si corresponde a un pensamiento desagradable cuya presencia mental no es grata a la persona y perdura a pesar de ello, se trata de una idea obsesiva; por consiguiente, la egodistonia distingue a un fenómeno normal de otro psicopatológico.

2. Lavarse frecuentemente las manos puede considerarse muy necesario como medida higiénica para conservar la salud, encontrándose la persona en cierto modo de acuerdo con este comportamiento (rasgo anómalo). Asimismo, el lavado excesivo puede experimentarse con desagrado debido a la incoercible necesidad de llevar a cabo una y otra vez tal acción (compulsión). La excesiva preocupación por el orden puede sentirse como parte de uno mismo (rasgo patológico anancástico) o vivir la preocupación desmesurada como extraña e inadmisibles (síntoma del trastorno obsesivo).

² Tomo este término de las ciencias económicas; así, el paro puede deberse al propio sistema (estructura) o a una inesperada sequía (coyuntura).

En general los impulsos patológicos (cleptomanía), las parafilias, las adicciones (alcohol, drogas, ludopatía) sintonizan con el sujeto y los rasgos, incluso los patológicos (con algunas excepciones), se consideran propios, se aceptan, no se creen indeseables y menos aún que sean una enfermedad, por esta razón se trata de fenómenos egosintónicos. Por otro lado, los signos y síntomas de los trastornos mentales suelen sentirse como ajenos, no pertenecientes al ser mismo de la persona (egodistonía). Otras veces la psicopatología del trastorno modifica la sintonía de un determinado fenómeno: el maníaco considera las ganas de pelear sintónicas consigo mismo; no obstante tal agresividad, una vez recuperado el enfermo, vuelve a ser distónica para el ego normal.

Además del interés semiológico, la armonía del fenómeno psicopatológico con el psiquismo del paciente influye decisivamente en el tratamiento, pues cuando hay sintonía (creerse merecedor de los sufrimientos que padece, adicciones) el sujeto suele ser reacio a pedir ayuda al clínico o a seguir la terapéutica recomendada. Contrariamente, la anomalía distónica motiva al enfermo a remediarla; así, el rasgo patológico de la personalidad evasiva, consistente en el temor al rechazo, es a menudo egodistónico, ya que pese al deseo de mantener relaciones interpersonales, esta característica de la personalidad se lo impide. Por esta razón, la egodistonía del rasgo evasivo hace comúnmente al sujeto más dispuesto a tratarse que aquellos con otros trastornos de la personalidad cuyos rasgos anómalos suelen ser egosintónicos. En consecuencia, una vez estudiados los fenómenos anómalos del enfermo conviene, para la mejor aceptación del tratamiento, centrarse primeramente en aquellos que son egodistónicos (ansiedad, insomnio, inapetencia) o incluso en alteraciones somáticas que claramente no están en armonía con el paciente. Este hecho señala la índole médica de la Psiquiatría y la especificidad del enfermo psíquico a la misma.

2.- Conciencia de anomalía

Se refiere al conocimiento que la persona tiene del fenómeno psicopatológico y de qué modo afecta a su relación con el mundo. El

grado de conciencia de anomalía, que aporta datos de sumo interés clínico, depende fundamentalmente de la naturaleza de los propios signos, síntomas y rasgos, del juicio (deterioro), lucidez mental (delirium) y de la capacidad introspectiva -las dotes de «verse por dentro» (el «insight» de los anglosajones)- que posee la persona estudiada. He aquí los diferentes aspectos de la conciencia de anomalía:

1. Conocimiento del fenómeno

Se trata de saber si el sujeto se da cuenta de la anomalía que presenta. Un enfermo puede mostrar ciertas anomalías (vestimenta y risa inapropiadas a la situación, disminución de la memoria, movimientos anómalos e hiperactividad, hablar en exceso y en voz alta, neologismos), sin haber advertido el propio enfermo la presencia de tales manifestaciones.

La nula conciencia de fenómeno anómalo ya se describe a finales del siglo XIX, 1898, en Von Monakow (2): personas sin visión debido a un accidente cerebral vascular del córtex occipital, contrariamente a la ceguera “psicológica” y a otros síntomas de conversión, se resisten a reconocer su incapacidad e, incluso, pretenden conducir un vehículo. Asimismo, Babinski (3) asigna el término anosognosia a la falta de conciencia de padecer hemiparesia de uno de sus enfermos que no aceptaba sus deficiencias motoras e intentaba andar.

2. Conciencia de anomalía propiamente dicha

El enfermo puede haber notado la anormalidad, pero no considerarla como tal. Un depresivo puede sentir cansancio, propio de la inhibición psicomotriz que padece, sin embargo cree que se trata más de pereza y vagancia (con la obligación moral de sobreponerse) que del síntoma de una enfermedad; igualmente el obsesivo puede tomar a sus pensamientos patológicos por faltas de voluntad; y el maniaco afirma que la actividad excesiva, que refieren los familiares, y él asiente, corresponde a su forma de ser. Otros ejemplos son las fobias impulsivas y la pérdida de cariño a seres queridos, que el paciente puede no experimentarlos como anómalos sino debidas a su pobreza ética. Estos síntomas suelen llevar consigo un elemento auto-inculporatorio

que tortura al sujeto. El clínico con sus intervenciones educativas puede aliviar considerablemente al paciente.

3. Valoración de la intensidad y alcance de la anomalía

El grado de anormalidad que el sujeto asigna a un fenómeno psíquico es otro de los aspectos que deben estudiarse. De este modo algunos sujetos (depresivos en la edad involutiva) tienden a estimar los fallos de memoria con mayor magnitud de la que objetivamente presentan; por el contrario, un demente puede tener conocimiento de anomalía en relación con su capacidad mnésica, pero la aprecia como poco importante. Otras veces, el paciente puede considerar el fenómeno psicopatológico (fobia impulsiva, anhedonia, dificultad de concentrarse) como indicador de locura, demencia, sida que conlleva secuelas permanentes, estando más preocupado por la posible causa temida que por la anomalía misma. Además de la naturaleza del fenómeno psicopatológico en sí mismo, las peculiaridades del sujeto (optimismo, pesimismo) también influyen en el modo de valorar la fortaleza y significado del fenómeno psicopatológico.

4. Voluntariedad

Conciencia del paciente respecto a su capacidad de control del fenómeno psíquico anormal. El sujeto puede sentir que puede dominar una anomalía (dependencia a la drogadicción, juego patológico), pero en realidad no quiere, o puede querer terminar con el fenómeno anómalo y sentirse incapaz de poder lograrlo.

5. Atribución de la causa

En ocasiones, el sujeto ha notado la presencia del fenómeno psicopatológico y además lo juzga anormal; ahora bien, no piensa que sea debido a un trastorno mental, sino más bien a uno somático. La falta de concentración, la tristeza, las dificultades de la memoria, se achacan a una pobre alimentación, los latidos acelerados de una crisis de angustia a una grave enfermedad del corazón, etc. A veces insinúa una explicación delirante: el insomnio lo causan los enemigos.

6. Origen de los problemas creados

Se refiere a la conciencia que la persona tiene respecto a si sus manifestaciones psicopatológicas le causan problemas a ella misma o a los demás: el abuso y la dependencia del alcohol y sustancias adictivas, las intromisiones inoportunas del maníaco en las relaciones interpersonales, los comportamientos correspondientes a distintos rasgos anómalos (disocial, paranoide) suelen dar lugar a conflictos al propio paciente y a quienes le rodean; sin embargo, el sujeto no llega a reconocer que la anomalía origina realmente tales problemas. Igualmente, la persona que padece una fobia dismórfica atribuye variados fracasos (sociales, profesionales) en la vida a su “desfiguramiento”.

7. Necesidad de tratamiento

Hay personas que, a pesar de tener conciencia de estar psíquicamente enfermas, prefieren no seguir el consejo de quienes se relacionan con él o del clínico, en realidad no quieren tratarse, e incluso se oponen activamente a las recomendaciones médicas y a la toma de los medicamentos prescritos. Una madre con una depresión mayor cree que solo precisa que su hija le preste algo de atención, que ha «elegido» no tratarse (pues ella no merece su curación) que quiere sufrir la muerte de un ser querido, etc.

8. Clase de ayuda terapéutica

Los pacientes pueden presentar claros fenómenos psicológicos anormales de índole esquizofrénica y solo prestarse a un tratamiento psicoterápico, rechazando fuertemente la toma de antipsicóticos; otros con alteraciones maniacas aceptan únicamente sedantes no neurolépticos. Igualmente sucede a algunos insomnes que acuden al médico para conseguir un hipnótico potente y no para tratar de otra forma, más beneficiosa para ellos, su dificultad hípnic. Sujetos con ansiedad patológica, inmersos en situaciones estresantes con escasos recursos de su personalidad para afrontarlas, rehúsan todo tipo de ayuda psicoterápica y piden exclusivamente ansiolíticos.

9. Conciencia retrospectiva de anomalía

Recuperar la crítica de anomalía de una vivencia o de un comportamiento pretérito supone un índice muy valioso de mejoría del en-

fermo. Algunos fenómenos psicopatológicos, como las ideas delirantes o las alucinaciones, hasta que aparezca la conciencia de anomalía no puede considerarse que han remitido. Francis Willis afirmaba en 1823: “Ningún hombre...puede considerarse cuerdo hasta que libre y voluntariamente confiese sus ideas delirantes” (4). En la práctica cierta conciencia de anomalía se observa a veces tras una sonrisa o una broma respecto al hecho psicopatológico del pasado.

10. Reacciones a la perspectiva ajena del fenómeno psicopatológico

Por falta de espacio no incluimos el conocimiento y las actitudes de los demás (familia, amigos, el mismo médico) respecto a las diferentes anomalías y el efecto que producen en el enfermo.

La conciencia de alteración psíquica suele ser parcial más que plena o inexistente y contiene a veces elementos contradictorios, pues mientras el sujeto repite que no es un enfermo mental se toma los psicofármacos que se le prescriben e incluso acepta su ingreso en un centro psiquiátrico.

Este detallado y descriptivo estudio, y creemos profundo, del conocimiento y de la crítica al fenómeno psicopatológico de la persona no incluye las interesantes aportaciones de la psicología dinámica, ya que mis conocimientos al respecto son insuficientes. No obstante, quienes sigan esta orientación psicopatológica no deben incurrir en la irónica definición de la toma de conciencia (“insight”) como la capacidad del paciente de aceptar la interpretación del psiquiatra de su enfermedad, como propuso un compañero americano (5). Este comentario se refería al psicoanálisis, la concepción imperante en la Psiquiatría en los años cincuenta y sesenta en EE. UU.

3.- Reacciones del sujeto a sus anomalías

Las respuestas del paciente a sus diversos fenómenos anómalos dependen de su naturaleza e intensidad, de las interacciones psíquicas (conciencia de anomalía, sintonización) así como de las vivencias biográficas y de la psicología (estructura y dinámica) de la persona. El psiquiatra ha de esforzarse en analizar tales reacciones, dado que

ayudan a comprender la variabilidad de la clínica. He aquí algunos ejemplos de estas reacciones:

1. Las deficiencias de la memoria apenas originan preocupación a ciertos sujetos, sobre todo si no realizan predominantemente tareas intelectuales; por el contrario, la disminución mnésica supone a otros un obstáculo importante en la vida o el temor a que sea el inicio de una enfermedad grave (Alzheimer, locura).

2. Las alucinaciones visuales aterran a veces al enfermo, mientras que en otras ocasiones le distraen e incluso le divierten. En ocasiones, las mencionadas alucinaciones verbales imperativas contienen una orden dañina (realizar una acción violenta); algunos enfermos resisten tales peticiones y otros, desafortunadamente, las obedecen.

3. La crisis de angustia crea generalmente una preocupación continua a que se produzca una repetición de la misma en un lugar inoportuno (con difícil posibilidad de ayuda si la crisis sucede allí); por esta razón, puede originarse en el enfermo un miedo a salir de casa, dando lugar a un trastorno agorafóbico.

4. Perplejidad

Cuando una persona se da cuenta de que no logra orientarse en el tiempo ni en el espacio, a pesar de intentarlo afanosamente, experimenta un estado afectivo que algunos autores llaman perplejidad; así, tras un traumatismo craneoencefálico o un proceso febril, el enfermo puede tener una obnubilación de la conciencia que le impida conocer la realidad. Si el sujeto se halla muy confuso no tendrá la impresión de estar perdido; no obstante, al llegar a cierto grado de lucidez, la persona intenta esclarecer la situación, haciéndose a sí mismo preguntas como “¿qué ha pasado?”, “¿dónde estoy?», y al no conseguir conocer qué le pasa, el enfermo cae en la perplejidad.

Otras veces las experiencias psicopatológicas agudas (despersonalización, alucinaciones) cambian el mundo interior del sujeto. Frente a estas desconcertantes vivencias la persona no llega a entender qué le está sucediendo a él o a su mundo e igualmente, al tomar conciencia de su extraña situación y no ser capaz de aclararla, sentirá también

perplejidad. Por consiguiente, perplejidad es el penoso sentimiento que aparece en una persona cuando toma conciencia de su confusión acerca de cuanto sucede a su alrededor o de los substanciales cambios en su psiquismo y no logra, a pesar de esforzarse, comprender lo que ocurre en su mundo exterior o interior.

5. Reacción catastrófica. Esta anomalía surge a veces al percatarse la persona con un déficit cognitivo del fallo en la realización de una acción habitual.

En el análisis clínico del fenómeno anómalo, además de conocer su intensidad, se ha de valorar a veces las posibilidades de pasar al acto; de este modo, ante un fuerte impulso al abuso alcohólico o una tendencia autodestructiva de alto grado se han de considerar, además de su intensidad, otros aspectos (familia, trabajo) para formarse una idea del riesgo de materializarse tales anomalías. Algunos pacientes con alucinaciones imperativas obedecen la orden que reciben, otros mantienen una lucha interior respecto a si cumplen con aquello que se les manda y otros no tienen la menor intención de realizar las acciones que se les pide. En algunos casos esta evaluación importa considerablemente por el contenido del mandato: “Tírate por la ventana”, “Coge tu pistola y dispara a la cabeza de tu hermano”.

La existencia de otros fenómenos psicopatológicos condiciona la respuesta a la misma; así, alteraciones cognitivas (obnubilación, deterioro) impiden el conocimiento pleno de las manifestaciones anómalas y la disminución de la capacidad afectiva (apatía) de algunos esquizofrénicos les hace mostrarse más indiferentes a sus fenómenos psicopatológicos (alucinaciones, interferencias del pensamiento).

III.- Impresiones afectivas y de sentido

1.- Resonancia emocional

La anomalía psíquica provoca en nosotros un impacto emocional que debe ser cuidadosamente analizado, ya que aporta datos de gran interés semiológico. A continuación se exponen algunos ejemplos:

1. La expresión triste de un enfermo depresivo suele ser contagiosa y nos afecta; igualmente sucede con la euforia del maníaco; por

otra parte, el esquizofrénico generalmente no transmite estas emociones (tristeza y euforia) con la misma facilidad.

2. La personalidad del esquizoide, debido a su escaso interés por las relaciones interpersonales, incluido el terapeuta, no responde a los intentos de sintonizar con él, causando aburrimiento.

3. Por el contrario, los rasgos de la personalidad histriónica estimulan el interés por la riqueza de datos que aportan y por la desenvoltura expresiva de sus emociones.

4. El rasgo paranoide, al estar la persona permanentemente alerta en actitud desconfiada de nuestras palabras, e incluso gestos, suele crearnos una emoción molesta durante nuestra relación.

2.- Comprensibilidad

Personal (empática)

El clínico ha de procurar ponerse en lugar de quien presenta un fenómeno psicopatológico y, desde esta perspectiva, buscar el significado que tal fenómeno representa para el propio sujeto. Tras esta reflexión empática, hay anomalías que dejan ver un cierto sentido teniendo en cuenta las circunstancias (la tristeza relativamente se concibe cuando existen factores deprimentes), el estado psíquico (el ánimo patológico deprimido hace comprensible las ideas delirantes de culpa y de ruina y si maníaco, las de grandeza) y la biografía (sufrir frecuente y repetidamente perjuicios y engaños desde la niñez explica, al menos en parte, que el sujeto manifieste rasgos paranoides). En estos casos, se consideran a tales fenómenos como comprensibles psicológicamente. Por otra parte, la naturaleza de un fenómeno anómalo se juzgará distinta si no se ensambla comprensiblemente con el ámbito, el psiquismo o la historia del enfermo. Así sucede con el sujeto querido por los vecinos que bruscamente sostiene con firmeza que estos le envían radiaciones para matarle.

Genérica

Las etapas en el ciclo vital femenino (menstruación, embarazo, menopausia) han de considerarse en el análisis de los fenómenos psi-

copatológicos que se observan en la paciente. Igualmente, elementos relacionados con el género del paciente han de tenerse en cuenta. De este modo, por ejemplo, el llanto que con frecuencia se observa en la consulta tiene a menudo un significado distinto según el género de la persona: un hombre de mediana edad que llora durante la entrevista supone un signo casi patognomónico de una seria depresión, no así de ser una mujer.

Cultural

Algunos supuestos fenómenos psíquicos anormales deben valorarse en el marco sociocultural al que pertenece la persona entrevistada, pues la aparente anomalía constituye a veces una peculiaridad propia de tal ambiente sociocultural. Así, ciertas creencias (espiritismo, sexto sentido, telepatía) que forman a veces la temática de las delusiones, si son culturalmente compartidas, pierden la peculiaridad de patológicas. Conviene, pues, contactar con otras personas del mismo grupo para contrastar las convicciones que se están explorando. Asimismo, la inflexibilidad moral se puede comprender por la identificación cultural o religiosa del sujeto y, en este caso, no debe valorarse como patológica. Algunos comportamientos de la mujer en países islámicos serían asignados a la personalidad evasiva en el contexto europeo.

Así pues, factores genéricos de ciertas culturas influyen en la interpretación de los fenómenos psicológicos. Además de los aspectos de género y culturales actuales, se han de tener en cuenta los de la época histórica donde ocurren las anomalías (comportamientos femeninos de hoy apenas unos años atrás serían considerados anómalos).

IV.- Factores externos

El análisis del nexo del fenómeno psíquico anómalo con elementos del medio (incluido el propio cuerpo) es un tema fundamental de la Psiquiatría; de este modo, se han de considerar los factores externos (acontecimientos y circunstancias estresantes, consumo alcohólico y enfermedades somáticas) que pueden predisponer, desencadenar, mantener, empeorar o mejorar la alteración psíquica; así, mostrarse inflexible para adaptarse a factores externos provenientes

de múltiples contextos de la vida a lo largo del tiempo constituye un requisito necesario para considerar patológico un rasgo.

Esta influencia, además de su importancia etiológica, ayuda a veces al diagnóstico -las alucinaciones hipnagógicas desaparecen con la luz clara; las fobias necesitan la presencia o ausencia de ciertos estímulos concretos para considerarse como tales- y al tratamiento -la luz y acaparar la atención, ya observado por Simon (6), reducen las alucinaciones; la desensibilización sistemática en las fobias, la modificación de situaciones que desencadenan la agitación motriz de un demente, etc-. Así, pues, hay una relación del signo, síntoma y rasgo con el exterior cuyo estudio proporciona datos clínicos muy útiles para la etiología, el diagnóstico, pronóstico e intervención terapéutica.

Aparte de estos efectos de los factores externos en los fenómenos psicopatológicos, estos repercuten a su vez en aspectos importantes del sujeto (sueño, apetito, energía disponible). Por esta razón, deben estudiarse las alteraciones que los fenómenos psicopatológicos originan en la vida de la familia, en el trabajo, en los recreos, en las relaciones sociales e, incluso, en los hábitos (tabaco, café, alcohol).

V.- El factor tiempo

Para valorar un fenómeno psicopatológico resulta valioso conocer el mayor número de datos relativos a su cronología. En la ayuda para enmarcar la anomalía en el tiempo conviene a veces recurrir a periodos o acontecimientos importantes para el sujeto y familia (primeras comuniones, comienzo escolar, casamientos, accidentes, enfermedades) o para la comunidad en general (sucesos luctuosamente célebres, elecciones); aunque no se consigue en ocasiones y en estos casos no se debe insistir en exceso.

Comienzo

Resulta difícil precisar el tiempo de inicio si la presentación fue gradual; así sucede con las anomalías de algunos esquizofrénicos cuyo lento y progresivo comienzo se confunde durante un cierto período con simples exageraciones de los rasgos de la personalidad.

Por el contrario, el comienzo suele ser fácil de recordar cuando el fenómeno psicopatológico surge súbitamente y con gran intensidad (crisis de pánico, episodio maniaco) o se manifiesta por primera vez poco después de un acontecimiento concreto relevante (muerte de un ser querido, jubilación, traumatismo craneoencefálico). La fecha de aparición de un síntoma y el modo, brusco o paulatino, de presentarse proporciona una primera impresión sobre su naturaleza aguda o crónica. La precisión de los tiempos a veces resulta clínicamente importante: ¿Qué empezó antes, el abuso alcohólico o el bajo estado del ánimo? La precedencia de un fenómeno tiene interés diagnóstico y terapéutico.

Terminación

Las manifestaciones propias de las crisis epilépticas, del ataque de pánico, del delirium, de las disociaciones, desaparecen generalmente de un modo brusco, siendo esta forma de terminación un elemento importante para su reconocimiento. Otros fenómenos psicopatológicos pierden intensidad poco a poco, hasta alcanzar una remisión parcial o completa.

Duración

En la actualidad las clasificaciones internacionales para asignar una anomalía psíquica a una categoría diagnóstica específica requieren generalmente que su duración haya sobrepasado un determinado espacio de tiempo. Aparte de ayudar a ser más rigurosos en el diagnóstico, la duración del fenómeno nos orienta, junto al comienzo y modo brusco o gradual de presentación, acerca de su naturaleza aguda o crónica.

Evolución. Periodicidad

El curso de la anomalía -continuo, intermitente, variaciones de la intensidad y de la frecuencia- se ha de analizar detalladamente dada su importancia clínica. El rasgo se desarrolla en general tempranamente desde la infancia y primeros años de la adolescencia (aunque a veces se forma al principio de la edad adulta); persiste con escasas

variaciones a lo largo de la vida, aunque tiende a disminuir a partir de la edad media.

Además, en toda manifestación psicopatológica debe tenerse en cuenta la influencia de los principales ritmos:

1. Circadiano o solar: las anomalías depresivas tienden a mejorar conforme avanza el día (contrariamente a las somáticas); sin embargo, las alteraciones del delirium y ansiosas empeoran generalmente conforme anochece.

2. Semanal: la mejoría o agravamiento del fenómeno psicopatológico durante los fines de semana indica a veces la presencia de circunstancias domésticas personales relajantes o estresantes durante este tiempo.

3. Lunares: suelen estar relacionados en las mujeres con la menstruación, pero apenas importan en psicopatología, pese a que el término lunático fue sinónimo de locura y aún se conserva este sentido en el lenguaje común.

4. Anuales: cada paciente presenta generalmente estaciones que influyen en una determinada anomalía; así, se conoce el incremento de las alteraciones afectivas en la primavera y el otoño, aunque en algunos sujetos surgen o empeoran en el verano o el invierno.

Aparte de estos ritmos naturales, ciertos acontecimientos sociales afectan a las manifestaciones psicopatológicas; de este modo, en el personal docente el principio y el final del curso suelen ser los períodos más propicios para la presentación de las alteraciones psíquicas y en los habitantes de zonas con largas temporadas de paro la psicopatología aumenta durante las mismas. También el cobro semanal o mensual repercute en las anomalías debidas a la toma de bebidas alcohólicas.

Ciclo vital

La edad en la que se presenta una anomalía tiene importancia clínica, sobre todo, en relación con el pronóstico; si ocurre tempranamente a menudo interrumpe la actividad académica, hace perder

oportunidades de empleo y dificulta llegar a relaciones de pareja, afectando todo ello a la futura salud mental; por otra parte, la persona mayor ya no tiene estos inconvenientes, pero en estos periodos de la vida falta la capacidad de adaptación que generalmente se tiene en la juventud. Igualmente, ciertas anomalías psíquicas (rabietas, obsesiones y compulsiones, comportamientos desafiantes) adquieren mayor o menor importancia clínica de acuerdo con la etapa de la vida en la que aparecen y persisten.

Orientación temporal

El fenómeno anómalo puede vivenciarse en el presente (impulsiones), en el pasado (culpa y otras manifestaciones depresivas), en el inmediato futuro (durante la crisis de pánico se teme perder al instante el conocimiento, la razón, la vida, etc.), en un porvenir poco definido (las preocupaciones de ansiedad generalizada no están comúnmente situadas en el momento mismo).

Llegada a la consulta

A veces cierto significado puede llevar consigo el tiempo de presentarse a la consulta, sobre todo, a la primera: la puntualidad (rasgo anancástico), el retraso (dudas o poca motivación) y adelanto (ansiedad).

VI.- Síntesis

Valoración del fenómeno psicopatológico estudiado dentro del cuadro clínico completo; de este modo, la acumulación de ciertos fenómenos psicológicos sin la intensidad suficiente para ser por sí mismos anómalos puede dar lugar a un cuadro patológico. He aquí otras consideraciones relacionadas con el conjunto de las manifestaciones.

1.- Diferencias de los rasgos con los signos y síntomas

El rasgo anómalo, para considerarse como tal, precisa ser cuantitativo, iniciarse gradual y tempranamente, persistir a lo largo de la vida (a veces disminuyendo a partir de la edad media), y a menudo también la persona muestra escasa conciencia de anomalía y de los problemas que causa a sí mismo y a los demás, y sintoniza con la

alteración. Por otra parte, los signos y síntomas no tienen necesariamente estas propiedades: pueden ser fenómenos psicopatológicos cualitativos (alucinaciones), criticar su naturaleza anómala, faltar la identificación con ellos y aparecer en cualquier etapa de la vida (sconnectud), generalmente sin previas anormalidades, y tener una duración limitada (delírium).

A veces la delimitación de estos fenómenos psicopatológicos presenta dificultades, como sucede en el comienzo gradual de la esquizofrenia; en estos casos ayuda a marcar la línea divisoria entre las dos clases de fenómenos la mencionada riqueza expresiva de nuestra lengua, al contar con los verbos ser y estar: los rasgos patológicos tienen sus raíces en el ser mismo de la persona mientras que los signos y síntomas constituyen sus estados en el tiempo. Establecer una diferencia entre ambos supone un gran interés clínico, pues los rasgos y anomalías son las manifestaciones de las alteraciones de la personalidad, mientras que los signos y síntomas son los de los trastornos psiquiátricos en sentido estricto.

2.- Relaciones de los fenómenos psicopatológicos entre sí

Primarios y secundarios

Estos términos se emplean frecuentemente para designar algunas de las relaciones entre los distintos fenómenos psicopatológicos de gran interés semiológico; sin embargo, deben evitarse estos vocablos debido a que se aplican con diferentes significados, como se expone a continuación:

Cronológico: los primarios son los signos, síntomas y rasgos que aparecen primero en el cuadro clínico y secundarios, los que se manifiestan después. Así, el insomnio que precede a una crisis de manía sería primario (síntoma señal).

Primera vez: en criminología se entiende por delincuente primario al que no ha tenido anteriormente problemas con la justicia. De esta misma forma se refieren a veces las manifestaciones anómalas que no se han observado previamente.

Importancia diagnóstica: se consideran primarias las anomalías más discriminantes (patognomónicas) para llegar a un diagnóstico. Así, el pensamiento compartido, la pérdida del juicio, la amnesia, la obnubilación de la conciencia son generalmente primarias.

Intensidad: también se denomina primario al fenómeno anómalo predominante que acapara la atención del profesional y del entorno: los celos delusivos del esquizofrénico, la irritabilidad del maníaco pueden presentar tal gravedad que sobresalen del cuadro clínico.

Patogénico: Las alteraciones primarias no derivan de otras anomalías como las secundarias. Así, el ánimo bajo (primario) origina las delusiones de ruina y de culpabilidad (secundarios). La crisis de ansiedad puede causar agorafobia y la falta de claridad de la conciencia, perplejidad. A veces los fenómenos no son causa uno del otro, sino consecuencias.

Al ser equívocos, deben evitarse los vocablos primario y secundario; no obstante, los diferentes significados forman un valioso marco para situar diversas relaciones de los fenómenos psicopatológicos entre sí. De este modo un signo, síntoma o rasgo puede presentar las características siguientes: primero en aparecer, observado en el episodio actual y no antes, elemento importante para asignar el conjunto de anomalías a una categoría diagnóstica, intensidad predominante y no deriva de ningún otro fenómeno anómalo.

3.- Congruencia

En el estudio de un determinado cuadro clínico se observan signos, síntomas y rasgos que parecen tener todos ellos un parentesco psicopatológico; así, una persona triste, hipoactiva, con un curso del pensamiento inhibido y mostrando delusiones de ruina, presenta un cuadro congruente: un síndrome depresivo subyace en todas estas manifestaciones anómalas. Igualmente se pueden encontrar conjuntos de anomalías que tengan peculiaridades propias de un maníaco, un confuso, un demente (delusiones grotescas), etc. Los clínicos clásicos referían a veces que tal manifestación «olía» a esquizofrénico, psicópata, etc., queriendo expresar una característica común, más o

menos explícita, en todas las anomalías de cada síndrome psicopatológico.

Por el contrario, a veces se observan fenómenos psicopatológicos disonantes entre ellos; así, un enfermo eufórico con hiperactividad y fuga de ideas puede presentar delusiones depresivas o de perjuicio, que no encajan con el fondo maníaco del resto de manifestaciones anómalas. Estas incongruencias plantean problemas para categorizar a los enfermos que las presentan, necesitando recurrir a los casos mixtos, a los atípicos, y a veces, no se encuentra una entidad nosológica donde ubicarlos.

4.- El diagnóstico personal

Las investigaciones (epidemiológicas, efectos de los tratamientos), la comunicación entre profesionales, las estadísticas que ayudan a la Administración a promover y valorar programas de salud mental requieren la asignación del paciente a una determinada categoría diagnóstica de las clasificaciones internacionales. Sin embargo, en la práctica el hábito de analizar plenamente los fenómenos psicopatológicos detectados en el paciente lleva a un conjunto de anomalías psíquicas cuya coincidencia con una determinada categoría diagnóstica varía considerablemente en el número y la intensidad de tales fenómenos psicopatológicos, perteneciendo con frecuencia a más de una entidad nosológica; de ahí que haya casos atípicos y mixtos. De este modo, el especialista se halla ante el cuadro clínico de una persona más que ante una categoría diagnóstica. Este proceder difiere de tener, sobre todo en la mente, las manifestaciones de una entidad nosológica y buscar anomalías que encajen en la misma. El enfoque analítico propuesto, además de la asignación “oficial”, intenta conocer más profundamente las peculiaridades únicas del enfermo explorado para llegar a un diagnóstico personal.

Bibliografía

1. Andreasen, N. C., Olson, S.: “Negative v. positive schizophrenia: definition and validation”. *Arch. Gen Psychiatry*, 39:789-794. 1982.

2. Von Monakow C. *Arch. Psychiat. Nervenkr* 20 714. 1898.
3. Babinski, J.: “Contribution à l’étude des troubles mentaux dans l’hémiplégie organique cérébrale (anogsonosie)” *Rev. Neurol.* (París), 27: 845-848, 1914
4. Hunter R. y MacAlpine I., *Three Hundred Years of Psychiatry 1535–1860*. Londres: Oxford University Press, pág. 759. 1963.
5. Sim, M.: *Guide to Psychiatry*, 2ª ed., Edimburgo, Livingstone, 1968, pag 956
6. Simon, H.: *Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt*, 1929.

EL CONCEPTO DE DEGENERACIÓN Y SU REPERCUSIÓN MÉDICA Y SOCIAL

Pedro Quirós Corujo

Pocos términos han penetrado tanto en la psiquiatría como en el lenguaje popular, lo que refleja su impacto social.

En el lenguaje coloquial, todavía hoy en día, cuando una persona se comporta fuera del marco normativo, especialmente en el terreno de la sexualidad, se describe “como un degenerado”.

El concepto de degeneración en la psiquiatría y en la medicina legal francesa e italiana del siglo XIX demuestra su importancia:

La degeneración se define como la pérdida progresiva de la normalidad psíquica y moral y acompaña a determinadas reacciones nerviosas del individuo; y aparece como consecuencia de enfermedades adquiridas o hereditarias que se podrían predecir por determinados estigmas.

Algunos individuos presentan una conducta mental y moral anómala, “degenerada”, acompañada, por lo común, de peculiares estigmas físicos.

La repercusión popular de las doctrinas del atavismo hereditario es recogida por Shoter de una forma muy expresiva:

El ingreso de un individuo en un manicomio amenazaba no solo al enfermo sino también a los familiares y al honor de estos: “A la familia de un joven melancólico, en 1890, no le gustó la idea de ingresar a su hijo en un manicomio. No es justo ingresarle a él [...] porque sus tres hermanas están entrando en edad casadera y sus pretendientes se asustarán. Nadie querrá casarse con una familia con trastornos mentales”.¹

1 SHORTER, J. A. *Breve historia de la psiquiatría española*. Ed. Médicas. 1999.

Lombroso y otros autores sugieren restringir los matrimonios de los alcohólicos, tuberculosos y sifilíticos. La criminalidad y la prostitución, además de las causas sociales, debían de ser consideradas como regresiones de un fondo degenerativo, por las anomalías psicológicas y las supuestas taras hereditarias que presentaban estos sujetos.

Se alcanzan extremos demoledores, justificando la pena de muerte en una amplia variedad de sujetos que no eran enfermos mentales, al menos en su totalidad:

“En nuestras poblaciones la criminalidad está más extendida que en Inglaterra, pues a partir de Eduardo VI se establecieron leyes con las que ahorcaron a 70.000 vagabundos y viciosos”, y a esto corresponde, según Lombroso, una menor criminalidad en Inglaterra que en el resto de Europa.

Un concepto como el de degeneración no aparece espontáneamente sino que es preciso bucear en sus antecedentes históricos.

Salillas hace notar que Homero distingue en el desvergonzado, con la cabeza aguda, la mirada extraviada, el cuerpo giboso, signos de degeneración moral.

Platón afirma que la semejanza del hombre, sobre todo la cara y la cabeza, con ciertos animales, indica ciertas inclinaciones.

Aristóteles menciona los métodos fisonómicos de Platón y nos habla de la impresión de las pasiones y los afectos, que aparecen reflejados en la fisionomía.

Aunque continuemos analizando los antecedentes, la interpretación de la obra de C. Darwin *La expresión de las emociones en el hombre y en los animales* señala un refuerzo, adaptado, de estas tendencias.

Los positivistas modernos se encaminaron a probar que los delincuentes constituyen una variedad de la especie humana, como una raza degenerada, física y moralmente, bien por las características de los hombres primitivos (a los que considera salvajes), o bien constituyendo una regresión.

Los casamientos consanguíneos se han incluido entre los factores de degeneración, debiendo explicarse su influencia por la acumulación de rasgos orgánicos aberrantes.

De esta forma aparecen familias degeneradas y abyectas que, si se cruzan entre sí, concluyen en constituir una raza dotada de cualidades inferiores.

En un intento de explicación recurre Sergi a lo que él denominó “vida prehumana”, a la animalidad inferior en la que se hallan ciertos instintos que rebajan el tipo humano hasta convertirlo en un ser bestial.

De este modo explica por qué el animal típico (entendiendo como tal al que carece de todo sentimiento altruista) es bastante peor que los peores salvajes, que vienen a ser monstruos en el orden psíquico y lo aproximan a los animales inferiores.

En pro de la relación entre los delincuentes y los salvajes, señala como común a ambos la costumbre del taraceo.

En el análisis posterior se pensó que no se trataba de un atavismo sino de una moda impuesta, interpretada por los marinos y militares a imitación de los salvajes. Esta suposición se basaba en el contacto, por lo que se ve abundantemente, en los regimientos franceses residentes en África.

Por otra parte se señala una diferencia esencial: el primero es expresivo, impuesto por la religión y las costumbres de la tribu; se dirige a causar terror a los enemigos y no reproduce objetos exteriores sino que consiste en arabescos y líneas que cubren todo el cuerpo, comenzando por el rostro, y se armoniza con las formas corporales.

El de los delincuentes es oscuro, imitativo, no preciso y consiste en figuras que reproducen objetos exteriores.

No puede olvidarse que más tardíamente el concepto de degeneración se relacionó con las ideas de perfección: “pues los defectos físicos serían impropios de la hermosura de Dios”.

En el cristianismo la imperfección fue atribuida al diablo y la tradición popular no la representa con forma humana; cojea, y tiene pezuñas hendidas, que dejan traslucir su auténtica naturaleza.

El diablo con defectos físicos se describe en una época y en la novela de Vélez de Guevara *El diablo cojuelo*: no es un personaje inventado por el autor, sino que está tomado de las creencias populares.

Fray Luis de Granada explica los defectos físicos del diablo “que por el pecado quedó atrapado y degradado”.

Margaret Murray, en su libro *The Witch-Cult in Western Europe*, explica una teoría sobre la brujería según la cual venía a defender que en el sabbat también las brujas daban culto a un misterioso dios cornudo, con antecedentes muy remotos que se remontan a la prehistoria. Señala también una posible relación con el culto a Diana.

El concepto de degeneración va adquiriendo fuerza para explicar conductas definidas por criterios de moralidad o amoralidad.

El Dr. Fortune, en su libro *The Sorcerers of Dobu* (Nueva York, 1932), nos presenta un mundo en el que los humanos están sumergidos en la magia y el encantamiento y en el que los maleficios juegan un papel primordial y constante en todos los órdenes de la vida.

Richet no vacila en establecer una estrecha comparación entre las enfermedades que estudiaba Charcot en la Salpêtrière, aquejados de histerismo, y las fuerzas demoniacas de los siglos pasados.

Gall, Lavater y los frenólogos, a finales del siglo XVIII, sostenían que cada uno de los instintos e inclinaciones humanas estaban localizados en algún lugar del cerebro y que por la forma del cráneo en la región correspondiente podía explicarse el particular desarrollo de aquellos. Se venía a precisar que los denominados “instintos perversos” (instinto de criminalidad) tenían su localización y protuberancia propia.

El peso en la sociedad y en la psiquiatría se deja sentir en los denominados “sentimientos morales”, que no son ingénitos (es decir, que no se viene al mundo con el instinto natural y universal del que

nos hablan Voltaire y los filósofos del siglo XVIII, determinante de un sentimiento de justicia, o bien con el tacto de distinguir el bien del mal), sino que son el producto de la actividad humana.

La subjetividad del juicio moral está en constante revisión e impide una severa definición científica.

Las deformaciones de los sentimientos, las actitudes antisociales, el crimen, el vicio, la maldad, la fantasía morbosa, las formas incompletas del niño, los conflictos en el neurópata, las pasiones y los sentimientos más inferiores de la jerarquía moral engendran con derecho una patología de la moralidad: tal es la experiencia de la locura moral en los adultos. Nos hemos encontrado en último término con ese valle al parecer insalvable del loco moral que está maldito en las entrañas de su madre.

Las concepciones éticas se constituyen en la infancia y contribuyen al desarrollo infantil, de la misma manera que el cuerpo precisa de los alimentos que ingiere y del aire que respira.

Si atendemos a la concepción freudiana del auge de las religiones, la imagen de Dios se forma a semejanza del padre carnal, jefe y señor, y la actitud personal del hombre con respecto a Dios viene a ser una relación como con la persona del padre.²

Es fácil comprender que estas definiciones estén a un paso de ser utilizadas para explicar el origen de los delitos. Con esta amplitud conceptual puede explicarse la repercusión social a lo largo de la historia de los delitos y no falta más que situar éstos con referencia a determinadas deformidades que provocan el rechazo social y el origen de la delincuencia.

La actitud moral y la patologización de ciertas conductas están presentes en los tratados de medicina legal y forense desde finales del siglo XVIII y durante la primera mitad del XIX.

La desproporción entre el estímulo y la reacción psíquica, la falta de armonía interna y de maduración física y espiritual, la fatigabi-

2 BERMANN, J.: *Problemas psiquiátricos*. Paidós, 1962.

lidad excesiva, la tendencia a las distimias, la insuficiente fuerza de voluntad o de constancia (vida instintivamente amoral) y el gobierno amoral y confuso de la propia vida, son aspectos de las referidas manifestaciones.

Vemos, pues, que el concepto de degeneración es más o menos equivalente al actual de las personalidades psicopáticas, de modo que su uso resulta innecesario.

Bonhoeffer, Kleist, Schroeder y otros han intentado reunir bajo el nombre de “psicosis de degeneración” (a semejanza de las psicosis cicloides, psicosis marginales y psicosis mixtas) a un grupo de estados psicóticos que oscilan en su sintomatología entre los círculos esquizofrénicos y los maniaco-depresivos y que, a diferencia de las psicosis procesuales, no dejan trastornos ni ningún defecto.³

La libertad, el uso de armas y el alcoholismo, así como la proliferación de las tabernas, provocan un gran número de delitos de sangre. En España la disminución de los delitos en los años siguientes a 1906 se atribuye, en parte, a la Disposición ordenando el cierre de las tabernas, dictada por el Ministerio de la Gobernación (Sr. De la Cierva) y que se aplicó a partir de 1911.

A partir de la obra de Morel se incorpora a este discurso la relación entre la enfermedad y la conducta moralmente desquiciada, con presencia constante en todas las culturas.

El concepto de degeneración, término con implicaciones biológicas, presentaba toda clase de connotaciones morales.

Recordemos que, en el lenguaje cotidiano, el adjetivo “degenerado” se aplica a las personas afectadas de anormalidades mentales o morales, que lo hacen repugnante o desagradable. El propio Morel nos dice que en la progresiva e incesante Europa no solo la alienación mental sino también otros estados patológicos tenían relaciones

3 BARONA, J.: “Enfermedad y delito. El debate sobre la responsabilidad criminal y los orígenes de la Medicina Legal”, en Montiel, L.; Porras, I. (coords.), *De la responsabilidad individual a la culpabilización de la víctima. El papel del paciente en la prevención de la enfermedad*, Madrid, Doce Calles, 1997, págs. 159-178.

especiales con la degradación moral y con una serie de enfermedades crónicas.

Morel⁴ se ocupa del problema de la degeneración, concepto ampliado más tarde por la herencia similar. Morel fue el primer psiquiatra que habló de la demencia precoz, habiéndola definido como una enfermedad de origen degenerativo-hereditaria, que producía una demencia especial: la estupidez afectiva.

Möebius propone que lo endógeno representa la degeneración. Los enfermos psíquicos endógenos serían, por lo tanto, seres degenerados, de una estirpe indeseable (esta idea caló profundamente en ciertas ideologías políticas, con las consecuencias que están en la mente de todos).

Otra personalidad importante en la extensión del concepto de la degeneración fue Magnan (1835)⁵.

El concepto psiquiátrico de la degeneración es muy impreciso y cada autor lo aplica y lo comprende de un modo distinto. En general suelen incluirse en este concepto la pérdida de cualidades valiosas y la aparición de otras anormales de menos valor.

Se llaman degeneradas a las familias en las que se encuentran propiedades anormales congénitas (hereditarias) o trastornos psíquicos endógenos.

Se deben subrayar especialmente los signos degenerativos corporales, denominados “estigmas”, y se presta especial atención a los signos de degeneración mental.

4 MOREL, Viena 1809-1873. Estudió medicina en París y se doctoró en 1839. En 1840 trabaja en la Clínica de enfermos mentales como ayudante de Falret. En 1848 fue nombrado médico director del manicomio de Mareville (Nancy). Publicó trabajos sobre el bocio y el cretinismo, pero su celebridad se debe a sus estudios sobre la degeneración: *De la formation de types dans les variétés dégénérées*, París, 1864; *Traité des dégénéranes physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*, 1887.

5 MAGNAN: Médico interno de la Salpêtrière. Médico desde 1863 del Asilo de Santa Ana. Ingresó en la Academia de Medicina en 1895. Publicó *Les degenerés: État Mental et Syndromes Episodiques* en colaboración con Degrain en 1895.

La psiquiatría comienza en 1835 a interesarse por los individuos que, sin ser psicóticos ni deficientes intelectuales, se comportan socialmente de un modo anormal.

Prichard acuña el término *moral insanity* (insania o locura moral):

Para este autor son locos morales los criminales y las personas poco decentes que carecen de sentimientos, de expresividad, de autodomínio, así como del sentido ético más elemental.

Los locos morales representan una clase de seres anormales que se hallan muy próximos a los verdaderos enfermos psíquicos.

Quien por primera vez empleó la expresión “lo psicótico” fue Koch en su libro *Las inferioridades psicóticas*, que vio la luz en 1891.

Koch adjudica esta expresión a una serie de anomalías psíquicas congénitas o adquiridas –entre las que no figura la esquizofrenia– y que no constituyen una enfermedad mental en su sentido estricto.

Möebius nos lega en 1900 una precisa definición de psicopatía: “La psicopatía es una variante morbosa de la norma” e interpreta “la variante morbosa” dentro del concepto de degeneración.

La conducta asocial, inmoral, sería inmanente al psicópata.

Para Davison (1959) psicopatía es sinónimo de algotimia y Miller, en 1951, establece: “La falta de conciencia moral es igual a la psicopatía y la presencia de una conciencia moral es incompatible con la psicopatía”.

El matrimonio debía ser objeto de alguna medida que garantizase los derechos de salud pública, para lo que era preciso restringir los matrimonios de los alcohólicos, tuberculosos, sifilíticos, que, así como quienes padecían enfermedades infecciosas endémicas comprometían el porvenir de la raza.

La criminalidad y la prostitución, aparte de las causas sociales, debía considerarse la expresión de un fondo degenerativo, con un importante componente hereditario.

Los primeros observadores creían que la degeneración acabaría en la extinción de las familias.

El porvenir de estas familias dependía del matrimonio con otras sanas, lo cual podía restablecer el tipo moral y psicológico; en cambio, si se relacionaban con otras familias degeneradas no hacían más que acentuar las aberraciones vigentes, determinando la aparición de descendientes idiotas o de sujetos afectados por una insuficiencia general del desarrollo, condenados a una muerte temprana.

La salud del pueblo es un factor de la vida pública y el Estado tiene el derecho y el deber de protegerla.

Esta obligación se extiende a muchos campos, como la lucha contra las epidemias, las enfermedades venéreas, etc.

Es, sobre todo, importante el interés por las uniones matrimoniales, pues plantea el nacimiento de los llamados débiles, enfermos mentales, sordos, ciegos, inválidos. El certificado matrimonial tenía unos fundamentos científicos y prácticos⁶.

Este concepto de la herencia viene como anillo al dedo a todas las especulaciones sobre degeneración, y aunque se trate de un concepto con una larga tradición, es más o menos vago.

Erasmus Darwin nos dice que, de no corregirse las influencias degenerativas, se puede originar la extinción de las familias.

Los alienistas fueron los primeros en adherirse a la idea de la degeneración, como fondo común a muchas enfermedades.

Por su importancia en el desarrollo de las ideas sobre degeneración, así como por su contribución a su repercusión médica, social y legal y por sus estudios en la relación de determinados estigmas con la delincuencia, ocupa un lugar preeminente César Lombroso.⁷

6 LLORCA DÍEZ, A: De la responsabilidad individual a la culpabilización de la víctima. Madrid, 1997.

7 LOMBROSO, C.: (1835-1909). El 13 de mayo de 1858 se licenció en Medicina en la Universidad de París y en 1859 revalidó su título en la Universidad de Génova. En 1863 fue nombrado *privato docente* en la Clínica de las enfermedades mentales y antropológicas. En 1880 fundó el Archivo de Psiquiatría y Antropología Criminal. En 1876 publicó una obra

Para Lombroso los hechos eran los hombres, mejor dicho los delincuentes, a quienes consideraba un monumento vivo, que debían de servir de tema y de punto de partida de todas sus experiencias, pensando además que únicamente con el análisis de sus anomalías, físicas y morales, podían establecerse los hechos esenciales de la denominada ciencia penal.

Propuso, en numerosas observaciones propias, sintetizar en lo posible los hechos objeto de sus escritos y así organizar la llamada Antropología criminal.

Lombroso refleja un concepto popular y científico en boga: los envenenadores pertenecen a todas las clases sociales altas, tienen una cultura médica, un aspecto simpático, son sociales y buenos observadores, eligen a sus víctimas entre los seres más queridos o bien son mujeres lesbianas.

Su deseo de quedar impunes y una especial voluptuosidad en el delito les impulsa a envenenar a varias personas al mismo tiempo y obran casi siempre sin que haya razón alguna para hacerlo.

Casi todos tienen el móvil de la codicia, la lujuria. Hipócritas, tranquilos, simuladores. Estos individuos protestan hasta el último momento de sus vidas y se llevan a la tumba el secreto de su culpa. Para realizar el mal, no es muy raro, en nuestros tiempos, que busquen más de un cómplice, mientras que pocos siglos atrás ocurría lo contrario entre las clases altas de Francia, como igualmente acontecía en la antigua Roma.⁸

En su obra *L'uomo delinquente in rapporto all antropología, girisprudencia e discipline carcelaria*, Milán, 1876, expone Lombroso lo fundamental de su doctrina.

fundamental para entender esta época: *L'uomo delinquente*. Explicó la génesis natural del delito por el atavismo, pero no creyéndolo suficiente añadió la degeneración como causa patológica, junto a la neurosis y la epilepsia.

En 1887 pasó a la dirección del manicomio de Styon. En 1860 había empleado el término "demencia precoz", pero los antecedentes de esta entidad morbosa no están vinculados a la psiquiatría francesa, sino, con Kraepelin, a la psiquiatría alemana.

8 LOMBROSO: *Medicina Legal* T. II. Traducción española.

Lo más sobresaliente de las teorías lombrosianas es lo referente a los caracteres de los delincuentes, ya en la embriología o génesis natural del delito, que relaciona con determinados estigmas.

Hace del criminal y del delito un producto atávico, con presencia de la edad salvaje y de la edad animal y como consecuencia de la organización física y moral del criminal.

Esta doctrina dio gran fama a Lombroso, sobre todo en los países latinos, pero fue combatida en Alemania e Inglaterra y finalmente también en los países latinos.

Su gran mérito fue fijar la atención en el delincuente, representado en el campo de la ciencia penal con los mayores esfuerzos para determinar la etiología del delito.

Para Lombroso los hechos eran los hombres, mejor dicho los delincuentes, a los que consideraba un monumento vivo, que debía de servir de punto de partida de todas las experiencias, considerando además que únicamente con el análisis de las anomalías físicas y morales podían establecerse los hechos esenciales de la denominada “ciencia penal”.⁹

Consideraba al niño como un ser dotado de perversidad original: “los genes de la locura moral y de la delincuencia se hallan, no por excepción, en la primera edad del hombre, al encontrar constantemente en el feto ciertas formas que en el adulto son monstruosas, de manera que el vicio puede considerarse como un hombre privado de sentido moral”, y menciona casos de cólera, venganzas y celos.

En el Congreso de Roma, en 1885, no tuvo contradictores, pero en el de París (1889) fue discutido y se mantuvo que la investigación de la anomalía criminal era ilusoria.

Manouvrier decía que las investigaciones anatómicas no habían revelado todavía un solo carácter exclusivo de los criminales, o de cierta categoría de criminales, para apoyar una teoría determinista exagerada, sin base para ser discutida.

9 LOMBROSO: Delincuente y delito

Así, cuando Lombroso halla un criminal con los caninos muy desarrollados hace de esta peculiaridad un carácter del delincuente, porque Darwin escribió que los primeros hombres tenían, como los monos antropoides, los brazos muy largos y una especial prontitud para emprender la fuga y escribe que la agilidad es análoga a la de los monos.

Los estudios sobre degeneración y su expresión corporal, como fundamento de alteraciones psicopatológicas y como base diagnóstica de los distintos tipos de alienación y de su extensión hacia la delincuencia, van adquiriendo carta de naturaleza.

Wiepce, Vogt y Gronmann y otros observadores demostraban en los animales y en los idiotas estigmas degenerativos que retrogradaban ciertos órganos en tipos biológicos inferiores.

Mandsley y Bruce Thompson, atentos a estudiar las características morales de la degeneración, comparaban los degenerados al salvaje, en el que predominaban los malos instintos.

Harvis, Compagno, Broce y Wilsen señalaban la presencia de la locura, la epilepsia y la criminalidad, así como el pauperismo en las mismas familias.

Lombroso sostuvo también las relaciones frecuentes entre el genio y la locura, que ya había sido indicado por Moreau de Tours. Relaciones que se extendían al dominio popular “del genio a la locura no hay más que un paso”.

Llegó a la conclusión de que el genio del hombre era un producto de la neurosis (de naturaleza epiléptica) y que pertenecía a la serie de los degenerados.

No le bastó determinar el carácter peculiar de la genialidad, sino que buscó un hecho biológico que lo expresara y basándose en las teorías de Matchnikoff sostuvo, durante un tiempo, la concordancia entre ambas tesis, aunque posteriormente abandonó el enfoque de la teoría fagocitaria y afirmó que el genio era de naturaleza epiléptica.¹⁰

10 LOMBROSO: L'omme de geniè. 1889

César Lombroso, estudiando en 1870 el cráneo del delincuente Vilella, creyó descubrir una cierta anomalía que le hizo recordar la forma craneal de los animales y, siempre bajo la influencia del preconcebido determinismo, se afirmó en la idea de que el delito y el delincuente eran manifestaciones atávicas.

La escuela de la degeneración moral explicaba que la unión entre los seres más débiles, más ignorantes, conducía de nuevo a la inferioridad moral sobre la cual se había elevado. Esto podía suceder por efecto del alcoholismo.

Bajo la influencia del determinismo se creó en Europa un tipo particular, que se llamó “tipo criminal”, en cuya determinación diferían sus defensores, pues mientras que Desfine y Pritchard lo consideraban como un loco moral, Benedivit, examinando cerebros de decapitados, halló que su organización se desviaba del tipo normal, pareciéndole que se asemejaba más a los grandes monos y a los carnívoros y, basándose en la teoría transformista (Darwin ya había publicado su libro *Orígenes de las especies*) imaginó una teoría atávica, según la cual existiría en estos individuos una organización cerebral inferior al nivel medio.

Lombroso, a propósito de las asociaciones de malhechores, nos dice que disminuye en los países civilizados, pero transformándose en asociaciones equívocas, de política o de comercio, y en el capítulo de los niños advierte que son frecuentes los instintos perversos, pero que pueden desaparecer con una buena educación.

En consecuencia, en la teoría de la degeneración mental, esta aparece en una serie de enfermedades crónicas y de un modo especial en la tuberculosis, que fue invocada reiteradamente como el origen frecuente de un supuesto carácter degenerativo.

Para combatir la degeneración hay que luchar contra factores etiológicos, tóxicos e infecciosos y establecer una buena higiene social, basado en la lucha contra el alcoholismo —que impregnaba los países industrializados de Europa— y que se corrige con una buena alimentación de las clases trabajadoras. Se plantean los problemas creados por las industrias insalubres, se reglamenta el uso del opio y de la

morfina y se explica que es preciso enseñar en las escuelas preceptos de higiene¹¹. La prevención de las enfermedades genera la necesidad de informes de los consejeros médicos; que abordan:

Las predisposiciones hereditarias morbosas y las enfermedades hereditarias.

Las enfermedades infecto-contagiosas y, en primera línea, las enfermedades venéreas y la tuberculosis.

La fundamentación del primer grupo supone una dificultad, pues no se sabe exactamente qué enfermedades morbosas y qué enfermedades mentales son necesariamente hereditarias. Por eso sería importante, según Hirsch, el que en Alemania las propuestas de higiene de la raza no se tradujesen en la prohibición del matrimonio, que debía llevarse a cabo con un certificado médico de salud, con el cual los contrayentes pudiesen decidir los futuros problemas de su matrimonio.

Exagerando el concepto de higiene de la raza, se traduce en unas consecuencias equívocas, por todos conocidas.

Clasificación de los delincuentes:

Clasificación antropológico-criminal (De Ferri, Lombroso y Garofalo)

Ferri distingue diversas categorías de delincuentes:

Delincuentes locos, que comprende los locos comunes que delinquen, los atacados de idiotismo, manía furiosa, epilepsia, los semi-locos o chiflados (llamados por Lombroso "*mattoidi*", de "*matto*", loco)

Delincuentes natos incorregibles: tipos de hombres salvajes, que no llegan a distinguir el homicidio, el hurto, el delito en general y que son criminales por la tiranía inexorable de sus tendencias congénitas.

Lombroso no hizo distinción entre los criminales en su obra *L'uomo delinquente*, pero posteriormente admite los planteamientos de

11 QUIRÓS CORUJO, P.: *Alcohol y alcoholismo en Asturias*. 1983. Tesis dirigida por el Dr. López-Ibor Aliño.

Ferri, con la excepción del delincuente habitual: aumenta el número de subdivisiones, considerando todo el problema desde el punto de vista de la degeneración mental (salvo el criminal nato, en el que prefiere la hipótesis del atavismo).

Así llega a establecer las siguientes formas de delincuencia, que originan otras tantas clases de delincuentes:

Locura moral congénita, complicada a veces con accesos maniacos.

Locura moral adquirida, por fiebres tifoideas, meningitis, lesiones cerebrales, sifilítica, traumatismos craneales.

Delincuencia nata

Epilepsia psíquica

Histerismo

Alcoholismo, complicado a menudo con fenómenos epileptoides.

Paranoia o monomanía criminal

Hipomanía

Imbecilidad

Como estigmas físicos esenciales en el diagnóstico de la degeneración, así como sus repercusiones psicopatológicas, consideraba los siguientes:

Malformaciones del cráneo

Malformaciones de los órganos genitales

Malformaciones de las mandíbulas y de los dientes, la ausencia de lenguaje y los defectos de pronunciación

Malformaciones de las orejas (protuberancia de Darwin)

Malformación del velo palatino

Los individuos pueden tener defectos de organización en los distintos lugares de su cuerpo y, por tanto, ser degenerados:

Repercusión psicopatológica de los estigmas físicos.

Detención del desarrollo intelectual y moral, desequilibrio, inestabilidad, impulsividad, inafectividad, insociabilidad.

El concepto de delincuencia es muy distinto según se considere el punto de vista de la escuela clínica o de la positivista (antropología lombrosiana).

La clasificación de Talbot que se expone a continuación nos da idea de la magnitud del concepto de degeneración y de sus repercusiones.

Talbot ha trazado la siguiente clasificación de los estigmas, que los reúne a todos en una forma muy práctica (1).

Esta exposición de los problemas de degeneración nos parece distante, sobre todo desde la clasificación de Kraepelin y nuestros diversos D. S. M. y C. I. E., pero los conceptos de degeneración no están tan distantes en el tiempo.

Las repercusiones sociales, los conceptos de higiene de la raza nos han llevado, si bien el análisis precisa ser más complejo, a situaciones que es necesario evitar a toda costa que puedan volver a producirse disfrazados de otras teorías. El hombre actual se encuentra con el dilema de que la ciencia –en un sentido estricto– no puede sustituir a otros problemas humanos y nuestro reto es abordarlos con sensatez y con el raciocinio que nos dan la evolución de nuestro cerebro y la traducción escrita de nuestros antecedentes históricos y sus repercusiones personales, que deben de ser tenidas en cuenta.

Pedro Quirós Corujo

Oviedo, 13-6-2015

(1)

Estigmas cerebrales	Degeneración ética	Crimen Prostitución y degeneración sexual Imbecilidad moral Pauperismo y embriaguez
	Degeneración intelectual	Paranoia Vesania de la adolescencia Locura periódica Histerismo Epilepsia Neurosis Genio parcial Idiotismo
	Degeneración sensorial	Sordo mudez Acromatopsia congénita Anomalías del olfato
Estigmas espinales	Enfermedades congénitas y hereditarias	
Degeneración nutritiva	Bocio exoftálmico Degeneración lipóide Acromegalia Inestabilidad de los tejidos Adenoides Mixedema Partos múltiples Hemofilia Cáncer Gota Hipomatosis juvenil	
Tendencias locales represivas	Labio leporino Deformaciones dentales Útero bipartido Monstruosidades ciclópeas Reversiones del hígado	

JASPERS VERSUS DSM 5 (REIVINDICACIÓN DE LA PSICOPATOLOGÍA)

Dr. José Luis Mediavilla

Psiquiatra

I

El ejercicio de la Medicina exige conocimiento y experiencia y ,según qué especialidades, un diferente aprendizaje , el cual, como dice Goldman, requiere “el ejemplo de un maestro”.

En general, todas las especialidades mantienen una continuidad conceptual con su pasado, aunque algunas –sobremanera, las quirúrgicas– están más condicionadas por los avances técnicos.

Refiriéndose a la Psiquiatría, escribe Berrios: “Muchos clínicos han continuado pensando sobre los síntomas psíquicos a pesar del desdén de los “expertos” que nos decían que no había necesidad de preocuparse por la psicopatología descriptiva porque “todos los síntomas habían sido perfectamente descritos”, enfatizando que estaba “pasada de moda” , que “no generaba dinero para becas” y que el dinero y por tanto la verdadera, gloriosa ciencia moderna estaba en la neuroimagen, la genética y otras técnicas nuevas aplicadas a “enfermedades” (*“Prólogo” a Temas Psiquiátricos III*, S. Lamas. 2001).

Estas diferencias a las que alude Berrios entre “expertos” y “clínicos” se me antojan reflejo de las que, acaso, trae consigo el cambio generacional: los jóvenes (técnicos) atentos a planificar un nuevo sistema que les garantice el poder, y los senior (clínicos), enrocados dentro de los parámetros doctrinales en los que discurrieron sus vidas, un tanto ensimismados en el saber...

Si tuviéramos que contemplar este panorama como una batalla, no sería difícil adivinar de qué parte habría de estar la victoria. Es el dilema entre el poder y el saber. Mientras el saber con frecuencia

carece de poder, el poder no siempre viene acompañado del saber. Vencer no es convencer, como diría Unamuno.

Esta contienda generacional, larvada o explícita, suele hacerse consciente en el tiempo que sigue a la jubilación de los que un día fueron también jóvenes, sujetos de poder, pero que el saber y la experiencia fue mudando a un respetable eclecticismo.

En un artículo titulado “El médico viejo y sus problemas” (*Folia Humanística*, 1977) el Prof. Gottlieb ponía de relieve las limitaciones a las que, aun encontrándose en la plenitud de sus facultades, habría de enfrentarse el médico en su vejez: una comprobación de su pérdida de autoridad, una dudosa rumorología de los propios colegas; en definitiva: vivencias de peligros internos y externos, de difícil análisis por cuanto habría dejado de ser un activo combatiente en favor de los demás, para pasar a ser un sujeto paciente de su propia persona. Por ello, las palabras del viejo médico, como puntualiza Alfred E. Hoche (*Freiburg*, 1943), en lugar de obtener esperado respeto, pueden resultar conmovedoras o irrisorias.

Estas afirmaciones, sin duda ciertas en muchos aspectos, merecen soportar algunas objeciones: las imposiciones gerenciales y administrativas hacen más vulnerables a las generaciones jóvenes, que bajo natural aspiración a la consolidación laboral han de observar un inicial sometimiento y dependencia, una mayor adherencia y docilidad ante la jerarquía, mientras que los viejos, los jubilados, bien por el declive biológico, o por una defensiva resistencia a las aceleradas innovaciones, se muestran más proclives a la tradición, mostrando cierta obstinación, defendiéndose, quizá, así, de sentimientos de extrañamiento.

Hay, además, otras circunstancias que valorar: por ejemplo, no ha de subestimarse que el médico viejo está en posesión del conocimiento tradicional; ha sido testigo de modos y modas, de tratamientos con éxitos y fracasos, de la insistente propaganda con fugaces resultados; conoce la intrahistoria, los pies de barro de los monumentos, no espera recompensas profesionales ni riquezas y, por todo esto y otras razones, está en condiciones de expresarse con la claridad que le per-

mite su independencia, hasta límites que pudieran ser tachados de provocativos e imprudentes. Estas ventajas, por tanto, bien merecen ser disfrutadas más allá de cualquier recelo rumor o benévola sonrisa del entorno, puesto que, en el mundo de las ideas, como en el de la ciencia, solo de la duda, la discusión y la controversia cabe esperarse la lucidez que permita el auténtico avance del pensamiento.

Dada la volatilidad del conocimiento científico de nuestro tiempo, cuyas explicaciones parecen limitarse a “una lluvia de cifras o fórmulas”, parece aconsejable que los expertos y los clínicos que describe Berrios se muestren dispuestos a mantener una constante dialéctica para no romper el necesario equilibrio de un pensamiento estable.

La Psiquiatría es una de las especialidades médicas que desde siempre han venido ofreciendo más flancos para establecer debates. Con una historia de poco más de dos siglos, su existencia y reconocimiento dentro de la comunidad científica se debió fundamentalmente a la paciente observación, el tesón y la dedicación de hombres que publicaron sus observaciones y sus tesis de trabajo.

Hace más de un siglo que se hizo sentir la necesidad de una confrontación armónica de conceptos:

Analizando la obra de Régis (*Tratado de Psiquiatría*. 1909), escribía William Mac Donald (*American Journal of Insanity*. 1906): “El Manual de Régis es a la literatura psiquiátrica francesa lo que el *Lehrbuch* de Kraepelin a la literatura psiquiátrica alemana. Es lamentable que la Psiquiatría no pueda ser menos francesa, menos alemana y más universal. Para nuestras necesidades actuales, podría constituirse una clasificación ideal, gracias a una combinación del libro de Régis y del libro de Kraepelin, si el primero por su parte se decidiese a incorporar un poco más de kraepelinismo a sus estudios psicopáticos primitivos y, por otra parte, si el segundo quisiese aclarar sus psicosis asociadas, , instilando conceptos de Régis, lo que produciría una repentina explosión de claridad, iluminando la Psiquiatría, todavía velada para los que la estudian. Felizmente, tenemos el recurso de escoger de cada uno lo que mejor nos convenga”.

Desde entonces no han sido pocos los cambios y las modificaciones nosológicas. Apenas rebasado el paréntesis psicoanalítico, que supuso un intento de eludir diagnósticos (Menninger), la implantación de códigos ha ido en aumento hasta la actualidad con la aparición del DSM 5, que, dados los precedentes, permite suponer nuevos tramos en la escala numerológica, que amenazan prolongarse *ad infinitum*.

Examinadas estas guías en su conjunto, debemos convenir que, si se les ha de otorgar alguna validez, hay que verla más en el respeto que subyace en ellas por el tronco de las viejas nosologías (Kraepelin) que en lo que ofrecen como muestra de originalidad y progreso científico, pues, bajo pretexto de un más que dudoso pragmatismo, están provocando una distorsión del lenguaje, hoy apenas reconocible para un observador medianamente objetivo.

Con ocasión de los últimos debates que el Dr. Bobes viene organizando en Oviedo, en una de las mesas, al margen de las valoraciones puntuales acerca de los trastornos en boga y sus tratamientos, surgió la recurrente cuestión de la precariedad conceptual en la que, empujada por los nuevos cánones, está incurriendo la asignatura de Psiquiatría como disciplina académica.

Sin inmiscuirme en los planes universitarios, me permití entonces sugerir que para poder no solo debatir, sino acaso entender, las nomenclaturas propuestas por los DSM, habría que presuponer un conocimiento de los manuales clásicos, ya que de no ser así se produciría un vacío, disociándose la realidad histórica y la clínica diaria, que resultaría víctima del abandono de la psicopatología y de la psicoterapia.

La psicopatología, espina dorsal conceptual de la especialidad, convivió con los avances tecnológicos y biológicos. La vinculación del psiquiatra, cualquiera que fuese su práctica, se mantuvo tanto con los grandes psicopatólogos como con el uso de las innovaciones farmacológicas, cuya deuda es justo reconocer ya que gracias a la Farmacología se lograron abordar patologías de muy difícil control en la práctica diaria.

Sin embargo, se ha de tener presente la necesaria coexistencia que ha de existir entre la fenomenología psicopatológica y la investigación bioquímica, pues suponer que los progresos neurobiológicos y farmacológicos agotan por sí mismos la compleja y amplia realidad de lo que ha de entenderse por psiquiatría, es caer dentro del terreno de la mitología.

Todo esto nos remite a la larga cita de Berrios con la que he comenzado este escrito: la capacidad sugestiva de la nueva tecnología y la informática ha alcanzado a los gobiernos que no escatiman medios en todo aquello que suponga propaganda de sí mismos aún a costa de programas destinados a indagar las más abstrusas ocurrencias. Una legión de “expertos” pulula por doquier publicando, predicando, divulgando, desvelando, como verdaderos magos, las entrañas de lo inefable e insólito, recibiendo “becas de investigación” y engrosando ilusionantes “descubrimientos” que apenas transcurridos unos años solamente fueron de utilidad para la gloria curricular y académica.

Pero no todo transcurre a merced de la corriente, pues con frecuencia se alzan voces que advierten la necesaria reserva con la que han de ser recibidas las evaluaciones y las gradaciones del impacto bibliográfico. Austeros investigadores hacen ya pública su resistencia a someterse a ciertas temáticas y metodologías. En esta línea parece estar el Premio Nobel Randy Schekman: “Nunca más publicaré en *Nature* o *Science*” (How journals like *Nature*, *Cell* and *Science* are damaging science. The incentives offered by top journals distort science, just as big bonuses distort banking).

Debido al desdén y a la indiferencia por la psicopatología y la psicoterapia, hoy se está observando un distanciamiento, o quizá una exoneración de la relación médico-enfermo, un fenómeno que puede llegar a erosionar gravemente los fundamentos de la psiquiatría clínica.

En el mismo “debate” al que arriba me he referido, el profesor Giner Ubago, refiriéndose al estado actual de la psiquiatría, y sirviéndose de una imagen casi metafórica, dijo con estas o parecidas palabras: “¡Alguien ha colocado un pie en la puerta impidiendo que

pueda cerrarse!”. Y es que, en efecto, a lo largo de los años fuimos perdiendo los que un día estuvieron dentro, que pese a sus diferentes concepciones (organicistas, constitucionalistas, psicopatólogos) fueron los verdaderos creadores de la especialidad y, por el contrario, amenaza con su entrada una multitud abigarrada de activistas pseudo y parasanitarios, escritores de consignas de autoayuda, masajistas sociales, incontrolables e incontroladas “terapias” celebrando la ceremonia de la confusión, sobrenadando en medio de la pasividad de los ministerios y de los colegios profesionales...

Pese a todos los embates, la psiquiatría es mucho más que la “ciencia que genera dinero para becas” o “modos y modas” de artículos plagados de cifras y algoritmos; J. de León lo ha expuesto magistralmente en el siguiente párrafo, de claras reminiscencias jasperianas: la psiquiatría “como ciencia híbrida, debe reconocer los síntomas a partir de las distintas fuentes. Cuando los síntomas psiquiátricos se relacionan estrechamente con las señales del cerebro, como ocurre en pacientes con problemas “nerológicos”, una aproximación neurocientífica y métodos como la neuroimagen tienen sentido, ya que estos síntomas pueden ser explicados por una enfermedad cerebral. Cuando los síntomas psiquiátricos se relacionan con la semántica y básicamente [con] la interacción con otras personas, un enfoque neurocientífico y métodos como la neuroimagen carecen de sentido. Los síntomas no pueden explicarse por alteraciones cerebrales, sino que más bien deben comprenderse. Estos conceptos relativamente sencillos son malas noticias para los investigadores en psiquiatría, quienes naturalmente prefieren ignorarlos (De León, J. “¿Es científica la psiquiatría? Carta al residente de psiquiatría del Siglo XXI”. *Psiquiatría Biológica*. Vol 21. En-Ab.2014.)

De cuanto antecede, se infiere que no es posible pretender saber lo que es y no es la psiquiatría adentrándose impulsivamente por los caminos de los CIE y los DSM, o por actos de fe en las constelaciones de los neurotransmisores: su identidad nunca podrá quedar definida por la investigación neurobiológica a espaldas de la psicopatología.

II

Hace algún tiempo fui cortésmente invitado a la presentación de un neuroléptico, *Depot*. El compañero que hizo la exposición se detuvo en la farmacogenética y la respuesta clínica al fármaco, mostrando las diferentes estrategias para un buen uso del mismo.

Fue un acto ameno e instructivo, y sobre todo una muestra del entusiasmo con el que se están llevando las pesquisas biológicas.

Al término de la exposición, el conferenciante confesó que, una vez neuroleptizado, el paciente era remitido al psicólogo, el cual, en ocasiones, lo devolvía recomendando que le fuese bajada la dosis del fármaco “para poder trabajar con él...”

Reconociendo como encomiable la buena y leal colaboración que la psicología supuso siempre para la psiquiatría, e incluso admitiendo las diversas orientaciones a las que pueda adherirse el psiquiatra, no deja de ser sorprendente el gesto arriba señalado, pues es al psiquiatra al que compete asumir el diagnóstico y la evolución clínica del enfermo, como lo fue siempre, en tanto que otra actitud como la expuesta, parece entender una psiquiatría que deliberadamente se desentiende de lo concerniente a la psicopatología y la psicoterapia, y en cierto modo, al destino del propio enfermo. ¿Qué juicio habrían de hacerse ante tales hechos autores como Ajuriaguerra, Arieti, Binswanger, Bleuler, Cabaleiro, Conrad, Ey, Krestchmer, Llopis, Minkowsky, López Ibor, Sarró y tantos otros que forman la nómina capital de la historia de la psiquiatría y la psicoterapia?

A la luz de una visión retrospectiva, bien puede decirse que la psiquiatría se mantuvo a un nivel conceptual “sostenible” merced a la psicopatología, aunque hay que reconocer un estancamiento o, si se prefiere, un menor empuje después de Jaspers.

Ya sea por un biologismo reduccionista y excluyente (que exigiría la renuncia a la denominación de *psiquiatría* por otros términos tales como *biología cerebral*) o por el secuestro conceptual que el cognitivismo viene perpetrando o, en fin, por un abuso desmedido de falaces diagnósticos (patentes en los manuales DSM y afines), cada vez se

están haciendo más ostensibles las deficiencias y los avisos de incomodidad y alarma.

Allen Frances, el coordinador del DSM IV, y copartícipe activo del DSM 5, ha escrito un libro cuyo contenido pudo, quizá, servirle no solo de testimonio, sino sobre todo de catarsis (*Saving Normal. An Insider's Look at the Epidemic of Mental Illness*. 2013; en español: *¿Somos todos enfermos mentales?* Ariel. 2014). Dicho libro está plagado de advertencias como la que sigue: “El DSM 5 lleva la diagnosis psiquiátrica en la dirección equivocada, creará nuevas epidemias falsas y favorece todavía más el abuso de medicación”. Es un libro que, según su propio autor, “representa la visión desesperada de un conocedor del tema que sabe que ha salido mal, pero también un mapa de vuelta al camino de la psiquiatría segura y sana”, lectura obligada, especialmente, para los psiquiatras en formación con el fin de prevenir una desviación teórica y práctica acaso irreversible.

III

EFECTOS COLATERALES

Solo a través de un estudio paciente y riguroso acerca de lo que constituye el verdadero cuerpo doctrinal de lo que se entiende por Psiquiatría, y sus tratamientos (biológicos o psicoterapéuticos) puede admitirse un criterio digno de valoración. Las divergencias, discusiones internas, habidas y por haber, pueden contribuir a una mejor integración de los planteamientos teóricos.

La complejidad de los conceptos de salud y enfermedad mental, la ignorancia acerca de la farmacodinamia de los tratamientos, la ambigüedad de términos tales como “terapia” o “psicoterapia”, por el uso abusivo y doméstico de los mismos, han dejado de garantizar una formación específica. Todo ello, en fin, facilita el que todo el mundo pueda sentirse autorizado a exponer e imponer sus opiniones, provocando verdaderos “efectos colaterales”.

Y aunque esto pueda explicar los abundantes ataques a la psiquiatría, dirigidos con pretensiones científicas desde posiciones no raramente sectarias, la realidad clínica se impone, y todos aquellos

furibundos embates, vengan de donde vinieren, acaban estrellándose en el magnífico edificio conceptual instituido por Kraepelin, imprescindible en la historia de la Medicina.

Recientemente el periódico *El País*, (2016/02/07/ciencia), bajo el título “La Psiquiatría en crisis”, recoge una entrevista realizada por Joseba Elola a Robert Whitaker, “periodista de investigación”, autor de la “Anatomía de una Epidemia”. La tesis que mantiene dicho libro se basa, según la entrevista de *El País*, en una “recopilación de estudios científicos para evidenciar que los trastornos mentales no se deben a alteraciones químicas del cerebro”.

A estas alturas, tales investigaciones y noticias resultan anacrónicas, pues no son más que viejos planteamientos superados dentro de los ambientes psiquiátricos. Nosotros, hace veinte años, siguiendo el pensamiento de mi maestro Sarró, presentamos una comunicación en el Congreso Internacional de Psiquiatría, (Palencia, 1997) en la que sucintamente advertíamos: “Si ante las formas esquizofrénicas, o, incluso, los trastornos afectivos, la psiquiatría actual se propone como único horizonte de trabajo el diagnóstico por la imagen, las escalas conductuales, los DSM y afines y la bioquímica, desatendiendo la psicopatología y la psicoterapia, debería considerar su extinción como disciplina médica autónoma y solicitar, quizá, su inclusión en la neurología, como un capítulo más de la misma”.

Por lo tanto, la noticia de *El País*, no aporta ninguna novedad digna de consideración. Sin embargo, el periodista investigador se permite hacer afirmaciones que merecen un comentario. Dice, por ejemplo, que “los psiquiatras en EE. UU. y en muchos otros sitios, siempre tuvieron complejo de inferioridad. El resto de médicos solían mirarlos como si no fueran auténticos médicos”. En los setenta, cuando hacían sus diagnósticos basándose en ideas freudianas, se les criticaba mucho. ¿Y cómo podían reconstruir su imagen de cara al público?: tratando de “homologarse con el resto de la profesión”. Se pusieron la bata blanca, que les daba autoridad. “Y empezaron a llamarse a sí mismos psicofarmacólogos cuando empezaron a prescribir

pastillas. Mejoró su imagen. Aumentó su poder [...] terminaron por creerse su propia propaganda”, etc.

No sabemos en realidad si las opiniones que vierte se refieren de forma exclusiva al público estadounidense, aunque se resiste uno a pensar en una masiva existencia de lectores tan acríticos como para dejarse embaucar por consignas tales como “lo que se promocionó, en realidad, en EE. UU. fue una nueva forma de vivir, que se exportó al resto del mundo. La nueva filosofía era: debes ser feliz todo el tiempo y si no lo eres, tenemos una píldora”.

Ante la inevitable cuestión del riesgo que supone dejar de medicar a aquellas personas que lo vienen siendo con resultados favorables, el señor Whitaker “escurre el bulto” (por utilizar un término coloquial) dejando claro que él “no es médico, sino periodista”, por lo que su libro “no es de consejos médicos, no es para uso individual, sino para concienciar a la sociedad...”.

De todas las reflexiones del señor Whitaker, la que resulta más peregrina es la de negar la naturaleza médica de los psiquiatras, lo que demuestra su falta de información y su negligencia en el conocimiento de la historia de la Medicina, pues el médico no lo es más en función de los avances técnicos, sino en su ejercicio y en su relación con el enfermo.

No es más médico un radiólogo o un analista que un médico rural a la cabecera de su enfermo. Y en este sentido, esencialmente hipocrático, el psiquiatra nunca necesitó hacer esfuerzo alguno para “homologarse”, porque desde el principio de la historia de la Medicina ocupó un lugar tan honroso como insustituible.

Podemos asegurar que la publicación de su libro *Anatomía de una epidemia*, no va a “mover los cimientos de la psiquiatría española”; antes bien, su autor debiera tomar conciencia de que sus pintorescas afirmaciones le colocan en el lugar al que Quintiliano podría dirigirse para enseñarle: “*Qui stultis eruditi volunt, stulti eruditibus indicantur*”.

LA PSIQUIATRÍA Y EL CINE¹

Historias de la psiquiatría y el cine

Dr. José M.^a Gallart Capdevila

Ante un título tan vasto (que no basto) la primera reacción que uno siente –yo por lo menos– es la de temor y estremecimiento. ¿Cómo abordar un tema tan inabarcable? Dada la imposibilidad de hacerlo adecuadamente en el marco de una simple comunicación, he optado en principio –tras unas breves consideraciones generales– por limitarme a películas que se refiriesen explícitamente a temas psiquiátricos, fueran *biopics* o pretendieran explícitamente ser de inspiración biográfica o nosológica, sin seguir un orden estrictamente cronológico en la exposición de las mismas.

En efecto, si quisiéramos incluir en esta exposición todos los filmes que, de cerca o de lejos, abordan temas psicopatológicos, casi tendríamos que incluir toda la filmografía de todos los tiempos. ¿Qué película de Hitchcock, por ejemplo, no toca alguna cuestión de problemática mental? (Por otra parte, este tema ya lo aborda y trata ampliamente en esta misma Jornada mi colega y amigo Luis Martín Arias). ¿Tendríamos que incluir aquí a Hannibal Lecter y otros casos de canibalismo? (¿Está, por cierto, el canibalismo incluido en

1 Nota. El presente trabajo, correspondiente al tomo n.º. 4 de esta Colección del Colegio de Eméritos, se imprimió por error sólo en sus primeras páginas, por lo que pedimos disculpas, y por ello se incluye ahora completo en el presente tomo.

el DSMV? Si no lo está, el canibalismo queda *ipso facto* descartado como tema de esta comunicación).

En cambio, creo que podríamos iniciar esta exposición con películas centradas en quien ha revolucionado el abordaje de la enfermedad mental: Sigmund Freud, y en una película cuyo guion fue en un principio escrito por Jean Paul Sartre. Este guion, desgraciadamente –o no–, resultó demasiado extenso y fue posteriormente publicado como libro, mientras que el guion en sí fue finalmente realizado, o firmado, por Wolfgang Reinhardt. Me estoy refiriendo, evidentemente, a la famosa película de 1962, protagonizada por Montgomery Clift, *Freud, pasión secreta*², que obtuvo una nominación al Óscar, y se centra en los primeros años de los balbuceos del psicoanálisis (1885–1890).

¿Por qué quiero extenderme unos minutos en esta película? Por varias razones que seguidamente explicitaré. Actualmente, nos parece normal y casi adocenado hablar del complejo de Edipo, del niño como perverso polimorfo, etc. etc... Pero no nos ponemos en la piel de aquellos médicos –y, sobre todo, pacientes– que en 1895 se oyeron decir por su médico que su “problema” es que deseaban acostarse con su madre (o padre, según el caso). En esta película se nos hace revivir la época con profundo realismo: las sesiones de Charcot en la Salpêtrière, la ambivalencia de Breuer ante la cruda insistencia de Freud en su “pansexualismo”, el sufrimiento de la propia mujer de Freud... y la de Breuer, que le hizo abandonar a su paciente en manos de Freud ante los problemas suscitados por la relación transferencial...

La posición de Meynert³ –y la de la neuropsiquiatría oficial de la época en general– está también magistralmente descrita. Por una parte, le echa (a Freud) de su Servicio, pero por otra, estando en las puertas de la muerte, le hace llamar para decirle que estaba de acuerdo con él, pero que sigue estando en contra de que se abra la caja de

2 FREUD, PASIÓN SECRETA, guión de Wolfgang Reinhardt, 1962. Protagonizado por Montgomery Clift y Susannah York.

3 MEYNERT, FREUD, *L'Aménia*. Presentación y traducción francesa de Ch. Levy–Friesacher, P.U.F., París, 1983.

Pandora... Todo ello, sin duda, se me dirá, está publicado –o no– en las numerosas y voluminosas biografías de Freud (las más de ellas, hagiográficas)⁴ que se han publicado, pero ¿quién las ha leído? El valor gráfico del séptimo arte, en cambio, hace que deje una huella en nuestro sistema tímico y emocional, cosa que no permite la simple letra impresa.

Siguiendo con Freud, y saltándome cincuenta años, pasaré a *Un método peligroso*, de David Cronenberg, de 2011. También aquí, mucho más que en un simple documental (pienso en el que, casi en el mismo año, apareció en nuestras pantallas sobre Jung), se nos muestra con gran fuerza expresiva la tensión –y subsiguiente ruptura– nacida entre Freud y Jung a raíz del tratamiento de la paciente Sabina Spielrein⁵. ¿Quién se interesaría por el caso de esta paciente –quizá causante, como luego se verá, del concepto freudiano de pulsión tántrica– si no fuera por este filme? Séame permitido explayarme unas líneas sobre esta paciente–autora, dada a conocer al gran público, precisamente, gracias a este filme.

Sabemos ahora ⁶ que Sabina Spielrein, nacida en 1885 en Odessa en una rica familia judía, fue a Zurich para seguir ahí tratamiento médico. Fue hospitalizada en el Burghölzli (donde trabajaban Bleuler y Jung) del 17 de agosto de 1904 al 1 de junio de 1905, en el período en que allí se estudiaban las asociaciones mentales. Aprovechó su estancia en Zurich para estudiar la carrera de Medicina. El 23 de octubre de 1906 Jung escribió a Freud (según bien relata el filme de Cronenberg): “Trato... actualmente una histeria según el método de usted. Es un caso grave... una estudiante rusa, enferma desde hace seis años.”

4 Una excepción a esta tendencia hagiográfica la constituye la reciente biografía de Freud por Michel Onfray: *Le crépuscule d'une idole. L'affabulation freudienne*, Bernard Grasset, París, 2010.

5 SPIELREIN, S., *Entre Freud et Jung*, Dossier descubierto por A. Carotenuto y L. Trobetta. Edición francesa de M. Guibal y J. Nobécourt, Aubin Montagne, París, 1981. Citado por GARRABÉ, JEAN, *Histoire de la Schizophrénie*, Éditions Seghers, París, 1992. Existe traducción española (México).

6 GARRABÉ, J., *obra citada*, pp. 64–65.

A continuación, Jung expone a Freud, tal como se ilustra magistralmente en el filme citado, cómo está tratando e interpretando a esta paciente siguiendo los pasos de su maestro, pero pronto aparecerán las diferencias. Jung pone a Freud al corriente de los progresos de su cura, sin comunicarle sin embargo el nombre de la paciente ni decirle que el análisis había terminado en una relación amorosa. (Recordemos que el terapeuta tenía unos treinta años y la paciente unos veinte.) Por la razón que fuera, el estado de Sabina Spielrein había mejorado considerablemente, hasta el punto de poder terminar sus estudios de medicina y sostener en 1911 su tesis sobre “El contenido psicológico de un caso de esquizofrenia”, trabajo que será publicado en el famoso *Jahrbuch* de psicoanálisis de este mismo año, y que contenía también los trabajos de Freud y Jung que constituirán la base del concepto bleuleriano de la esquizofrenia.

La tesis de Sabina Spielrein, a la que alude la película que estamos comentando, no utiliza claro está como material clínico su propia autoobservación sino la de otra enferma tratada por Jung que le devuelve especularmente su propia pasión: “Una mujer cautivada por su amor por Jung escucha a otra mujer también cautivada por su amor por Jung. La primera es médico, recién salida de un episodio psicótico, la segunda es una paciente en pleno brote psicótico...”⁷. Y Spielrein añade: “El inconsciente disuelve el presente en el pasado... El futuro también se transforma en pasado, pues los conflictos vienen representados por símbolos antiguos... El inconsciente quita al futuro su significación autónoma: el futuro personal se convierte en pasado filogenético general, y este último recibe al propio tiempo, para el individuo, la significación del futuro. Así, vemos en el inconsciente algo que está fuera del tiempo o, más bien, que le es a la vez presente, pasado y futuro”⁸. Unas palabras que a posteriori no pueden sino parecernos premonitorias, sabiendo que Sabina Spielrein murió incinerada en un campo de exterminio nazi.

7 SPIELREIN, S., *o. c.*, p. 186.

8 SPIELREIN, S., *o. c.*, p. 189. Citado por GARRABÉ, J., *o. c.*, p. 67.

Entretanto, –como se ve en la película, aunque sin concretar fechas como lo hace Garrabé en el libro citado– Jung se había visto obligado a confesar la verdad, o más bien la semi-verdad, a Freud, pues si bien le habla de la difícil ruptura de una relación amorosa, lo hace sin darle el nombre de la abandonada, ni menos aún que se trataba de la enferma por la cual había solicitado su consejo tres años antes: “Una paciente a la que saqué antaño de una muy grave neurosis, con inmenso esfuerzo por mi parte, ha traicionado mi amistad y mi confianza de la manera más hiriente que imaginarse pueda: me ha montado un escándalo solo porque me he negado a concebir un hijo con ella”⁹. De hecho, Jung sí había concebido un hijo, pero con su mujer, al que puso de nombre Siegfried como el héroe de los *Nibelungen*, que tan importante papel juega en el pensamiento y la obra de Jung.

El 30 de mayo de 1909 Sabina Spielrein escribe a su vez directamente a Freud, quien, esta vez, establece la relación entre esta nueva corresponsal y la joven de quien le había hablado Jung. Una tercera correspondencia Freud–Spielrein se añade a las previamente intercambiadas entre Freud y Jung por una parte, y Jung y Sabina de otra, cada uno/una refiriendo a su corresponsal una parte de lo que le ha escrito o respondido el tercero (o la tercera). Como una carta anónima –escrita, piensa Sabina, por la señora Jung, también ella antigua analizanda de su marido– advierte a los padres de Sabina lo que está ocurriendo, estos entran a su vez en escena, y creemos leer una de esas novelas epistolares tan de moda en los siglos XVII y XVIII. El lector interesado por estas relaciones peligrosas a lo Choderlos de Laclos (que tantas películas han suscitado, sea dicho de paso) podrá conocerlas en detalle en la obra citada en la nota 4, donde encontrará la interpretación que, en la perspectiva de Jacques Lacan, han hecho de este asunto Guibal y Nobécourt.

En cuanto a lo que aquí nos puede interesar, vemos a Sabina Spielrein acumular a sus expensas un rico y doloroso material psico-

9 FREUD, S., JUNG, C.G., *Correspondance* (T.I, 1906–1909). Trad. fr., Gallimard, París, 1975. Citado por GARRABÉ, J., *o. c.*, p. 67.

patológico, sacado de su autoanálisis y de la experiencia que acababa de vivir, muy bien expuesto todo ello en el filme *Un método peligroso*¹⁰. Es de admirar que haya podido elaborarlo en un texto, su tesis de doctorado en Medicina, verdadera obra maestra con la que contribuyó de manera crucial al desarrollo de la teoría psicoanalítica: “La destrucción como causa del devenir”¹¹, o sea, la pulsión de muerte (tánatos) frente a la libido, pulsión de vida.

Al interrogarse sobre el miedo que inspira al ser humano la sexualidad y sobre los sentimientos de defensa que suscita el instinto de procreación, Sabina Spielrein afirma que son “los propios sentimientos suscitados por el componente destructivo del instinto sexual mismo los que los provocan”¹². Apoyándose en la psicología individual (el caso de la señora M., estudiado en su tesis), la literatura (Fausto, Romeo y Julieta...), y en la mitología (ahí es donde encontramos a Siegfried [el nombre que por estas mismas fechas puso Jung a su hijo]), S. Spielrein se propone demostrar que la aceptación de la autodestrucción individual es inseparable del instinto sexual que tiende, por su parte, a la sobrevivencia de la especie. Para S. Spielrein “es muy instructivo estudiar las representaciones de muerte que acompañan diversas formas de autosatisfacción”, lo que hace por ejemplo Nietzsche, quien, escribe, “ofrece un caso ejemplar de autoerotismo psíquico”.

Los intereses cruzados de mitos, psicopatología y filmes se vuelven a encontrar en otro ejemplo de amor letal también estudiado por S. Spielrein, el de Brunehilde, o Brunilda en versión española (para seguir la terminología cinematográfica), en la versión wagneriana del canto de los Nibelungos, la que había fascinado en 1878 a Luis II de Baviera hasta el punto de hacerse representar cuatro veces la tetralogía por entero para él solo. En Wagner, como es sabido, Sigfrido nace de los amores incestuosos de Siglinda y Sigmundo, hijos de Wotan. Paralelamente, cuando rompieron Sabina Spielrein y Jung,

10 A DANGEROUS METHOD, David Cronenberg, 2011.

11 SPIELREIN, S., *o. c.*, passim.

12 SPIELREIN, S., *o. c.*, p. 231. Citado por GARRABÉ, J., *o. c.*, p. 68–69.

nadie mencionó el nombre del padre de Sigfrido, como tampoco Freud jamás explicó por qué había transformado su nombre original, Sigismond, en Sigmund.

El amor de Brunilda, la walkyria, hija preferida de Wotan, por Sigfrido es narcísico, ya que es el amor por el hijo deseado que ha tenido la hermana y rival, y no puede sino llevar al aniquilamiento de sí mismo para asegurar la sobrevivencia del amante. Tánatos y líbido están pues indisolublemente unidos, tal como Freud reconocerá poco más tarde, pero sin citar a Sabina Spielrein. Es mérito, pues, de un cineasta, David Cronenberg, el haber resucitado para un gran público la figura de S. Spielrein, tan injustamente olvidada.

El trabajo de S. Spielrein fue reseñado elogiosamente ya en su tiempo por Paul Federn¹³, mostrando cómo introduce, “en el lugar de la simple libido, el juego dialéctico entre destrucción y construcción”, subrayando que “es en los casos de *dementia praecox*, donde el Yo individual es incapaz de oponerse, ni que fuera por simple inercia, al instinto de destrucción, cuando vemos verdaderamente este último a la obra”¹⁴. El Yo se va descomponiendo, se hace añicos... y aparece la esquizofrenia.

Era inevitable que una enfermedad tan terrible, polifacética a la vez que misteriosa, como es la esquizofrenia, no despertase el interés de los cineastas. Una vez pasados los años que podríamos llamar, parafraseando a Lenin¹⁵, la fase infantil del entusiasmo profano por el psicoanálisis, empezaron a aparecer filmes que muestran un interés más serio, a la vez que un intento de descripción más profunda y objetiva (cuasi fenomenológica)¹⁶ de este trastorno.

13 FEDERN, P., *La Psychologie du Moi et les psychoses*. Trad. Fr., Verdier, Paris, 1979.

14 GARRABÉ, J., o. c., (Histoire de la schizophrénie), p. 70.

15 LENIN, W. U., *El izquierdismo, enfermedad juvenil del comunismo*.

16 GALLART CAPDEVILA, J.M., *Historia de la concepción fenomenológica de la enfermedad mental*, Tesis doctoral dirigida por P. Laín Entralgo, Madrid, 1969.

Recuerdo como si fuera ayer la impresión que me produjo en 1965, recién obtenido el título de especialista en Psiquiatría, la visión del filme de Polanski *Repulsión*.¹⁷ Catherine Deneuve, todavía no modelo de los bustos de la República Francesa, bordaba el papel de una joven ¿esquizofrénica? (la palabra no se pronuncia en toda la película) cuya sintomatología se iba acentuando –o por lo menos haciéndose más evidente para el espectador, aunque no para los que la rodeaban– a medida que iba transcurriendo la acción.

Quizá mejor que en un simple y frío documental –aunque luego veremos que también hay documentales que parecen ficciones– vamos apreciando en la película, como si fuera un thriller, cómo se va mascando la tragedia. Igual que en la vida misma, nadie de su entorno sabe ni logra apreciar lo profundo de la desintegración de su psique que, según palabras de la antes citada S. Spielrein, se va haciendo añicos entre instinto de vida e instinto de muerte. Todo el mundo la quiere ayudar, le va dando “palmaditas en la espalda”, sin captar que lo suyo no es un simple desarrollo, en el sentido de Jaspers¹⁸, sino un proceso, y que como tal no se cura con simples palabras.

La dueña de la casa donde trabaja de esthéticienne bien se da cuenta de que “algo” no marcha bien en su mente, y trata de ayudarla: la manda a su casa a descansar. Su hermana, con la que convive, también quiere ayudarla, pero ante la perspectiva de pasar un fin de semana en Italia con su compañero de la oficina pasa por alto los trastornos de su hermana. El joven que está enamorado de ella le perdona todos sus desplantes... Todo inútil. Nadie se da cuenta del tictac de la bomba de relojería que está latiendo en la cabeza de Catherine Deneuve (me perdonaréis que haya olvidado el nombre de la protagonista en la versión filmica). Hasta que por fin, en el momento menos pensado, simplemente por encontrarse en el lugar y el momento inadecuados, el casero del piso donde habitan las dos herma-

17 POLANSKI, ROMAN, *Repulsión*, 1965.

18 JASPERS, KARL, *Psicopatología General*, passim; trad. esp. de Roberto O. Saubidet y Diego A. Santillán, Ed. Beta, Buenos Aires, 1963. Original alemán: *Allgemeine Psychopathologie*, Springer Verlag, Berlín, Göttingen y Heidelberg, 1923 y 1946. Aconsejo la trad. ing.: *General Psychopathology*, Manchester University Press, 1963.

nas, que quiere cobrarse en especies la renta impagada de la vivienda, acaba apuñalado, mientras un conejo dispuesto para ser asado y comido se va pudriendo y descomponiendo a la vista del espectador, símbolo abyecto y gráfico de la descomposición que sufre la mente de la enferma ante nuestros propios ojos, sin que nadie sea capaz de captarla. Tan real como –o más que– la vida misma...

Luego, cuando vuelven la hermana y su ligue en plena noche, bajo una terrible lluvia, con rayos y truenos a mansalva, descubren la tragedia. Salen los vecinos al descansillo –es inolvidable la anciana vecina con su michino en los brazos, preocupada por que los ojos del gatito no vean nada que les pudiera ofender o traumatizar– y se desarrolla la escena habitual en todo asesinato macabro: “¡Quién lo hubiera dicho, tan buena chica como parecía, cómo es posible!... etc. etc”. Mientras, el espectador psiquiatra sufre pensando en cuántas veces, en su vida profesional, no habrá visto situaciones semejantes que habrían podido resolverse sin tragedia de ser consciente el profano de que la esquizofrenia es un trastorno, un proceso (no un mero desarrollo comprensible) que debe olerse, diagnosticarse y tratarse en la fase prodrómica, cuando la enfermedad, o síndrome, todavía no ha cuajado en un delirio estructurado, sistematizado... y difícilmente reductible¹⁹. ¡Qué lejos estamos en esta película de las simplificaciones hitchcockianas pseudo-psicoanalíticas de *Rebeca*, *Psicosis*, u otras parecidas! (Sin que con ello pretenda minusvalorar en absoluto a Alfred Hitchcock como director y cineasta).

Otra película centrada en la esquizofrenia, impactante a la vez que realista y a mi juicio acertada en su visión y descripción de la enfermedad, es *Out of Darkness*, de 1994, treinta y dos años posterior, por tanto, a *Repulsión*, de 1994, dirigida por Larry Elikann, protagonizada por Diana Ross, y traducida en España con el título de *Esquizofrenia, un hilo de esperanza*²⁰.

19 CONRAD, K. *La esquizofrenia incipiente*, Ed. Alhambra, Madrid, 1965, (trad. esp. por Joaquín Morales Belda del original alemán *Die beginnende Schizophrenie*, Stuttgart, 1963).

20 ELIKANN, LARRY, *Esquizofrenia, un hilo de esperanza*, (*Out of darkness*), con guion de Barbara Turner, producida por George W. Perkins y protagonizada por Diana Ross.

También aquí se trata de dos hermanas, afroamericanas estas, hijas de médico, bien situadas socioeconómicamente, una de ellas casada y la otra estudiante de Medicina. Es esta última la que, antes de iniciar el período clínico de la carrera, inicia en cambio un proceso esquizofrénico. A diferencia de *Freud, pasión secreta*, pero al igual que el filme de Polanski, *Repulsión*, no se trata aquí de ningún personaje histórico conocido, pero por la verosimilitud de las situaciones –y, sin duda, de la bondad del guión... y de la actriz (Diane Ross)– nos parece a los psiquiatras que visionamos esta película caer en un *déjà vu*, *déjà vécu*, tan reales son las imágenes que se nos presentan.

No intenta el guionista presentarnos un caso de esquizofrenia “psicógena”, en el que la enfermedad vendría desencadenada por un trauma infantil, un desamor del padre o de la madre, o en el que el paciente sería una “fortaleza vacía”²¹ desde la infancia que hubiera desarrollado una psicosis en la adolescencia o primera juventud. Como en *Repulsión*, el director nos evita toda interpretación seudopsicoanalítica o incluso antipsiquiátrica para ofrecer en toda su trágica crudeza la realidad de unos hechos. La película podría –y puede– servir como documento clínico para estudiantes de psiquiatría, y de hecho yo mismo la he utilizado durante años como documento psicopatológico de interés docente.

Ahí donde otro director hubiera utilizado la animadversión entre las dos hermanas para intentar mostrarnos, v. gr., cómo la postergada por el padre se vuelve psicótica mientras que la otra, rodeada de afecto y atenciones, goza de buena salud mental, en este filme –como tantas veces en la vida misma– ocurre al revés: es la hermana mediocre en la escuela, y que por ello ha sido algo postergada por el padre, (brillante profesor de Medicina, hombre negro que ha tenido que luchar contra viento y marea para imponer su valía), hasta el punto de haber presentado (la hermana “sana”) algún trastorno de conducta en la infancia, la que, llegada la edad adulta, se casa, forma una familia, trabaja y no presenta sintomatología psicótica alguna. Es en cambio

21 BETTELHEIM, BRUNO, *The Empty Fortress*, The Free Press, New York, 1967. Hay trad. esp.: *La Fortaleza vacía*.

la hermana “brillante”, la preferida por el padre, a quien todo parece sonreír, hasta el punto de cumplir las expectativas paternas de ver a una de sus hijas entrar en la Facultad de Medicina, la que, en mitad de su carrera, sin frustración sentimental alguna, de pronto, casi sin pródromos, empieza a encerrarse en su habitación, a malpensar de todos, hasta que de pronto el *pathos* cristaliza en delirios persecutorios y alucinaciones auditivas. Y la enfermedad no solo se revela una tragedia para la propia enferma, sino para toda la familia (a la que falta ya el padre), que no puede entender lo que le ocurre a la hija y hermana, respectivamente. El director lleva el realismo clínico hasta mostrar, en una escena memorable con las tres mujeres y el cuñado, cómo la hermana sana está llena de rencor contra la esquizofrénica, a la que reprocha haber sido la preferida del padre y la lista de la familia.

Pero la esquizofrenia, como el espíritu del Evangelio, “sopla donde y cuando quiere”, y se lleva por delante tanto a mentes fronterizas con la debilidad mental como a mentes preclaras, tanto a personalidades mórbidas o premórbidas como a caracteres abiertos y extravertidos. La protagonista de *Out of Darkness* sorprende a todo su entorno con un cambio brusco en su comportamiento, una verdadera ruptura biográfica que nada en sus antecedentes hacía ni permitía presagiar. Parece como si el director –o guionista– de la película hubiera leído a Jaspers. Todos los intentos de curarla por medios psicoterápicos y/o psicoanalíticos fracasan miserablemente, y los neurolépticos al uso acentúan su sintomatología, que ahora llamaríamos negativa, más que mejoran la positiva.

Hasta que aparece un psicofármaco “milagroso”, la clozapina, que da un vuelco a la situación y que hizo en su momento que se tomara el filme como una propaganda ¿subliminar? de los Laboratorios Sandoz, que habían lanzado el producto bajo el nombre de Leponexr y que, tras largos años de purgatorio por su toxicidad hemática, había vuelto a ponerse a la venta bajo un severo control (Sandoz ha negado siempre enérgicamente haber tenido nada que ver en la realización de este filme, y nunca nadie ha demostrado lo contrario, por lo que, en principio, no tenemos por qué dudar de su palabra). Todos los

clínicos hemos visto, al igual que ocurre en esta cinta, cómo pacientes resistentes a otros antipsicóticos de primera generación, e incluso de segunda o tercera, responden a este fármaco de la misma manera a cómo lo hace la paciente del filme, y cómo recaen exactamente igual en cuanto se interrumpe la medicación. En plena era de la moda en América del psicoanálisis, una película comercial –no un documental– tuvo el valor de mostrar al gran público unos hechos, unas evidencias, de los que a los psiquiatras nos cuesta con frecuencia Dios y ayuda –y mucha saliva– convencer a nuestros pacientes y, a menudo, mucho más aún a sus familias.

Otra película comercial de la que no puedo dejar de hablar aquí es *Una mente maravillosa*, *A beautiful mind*²² en su versión original, basada en el libro de Sylvia Nasar²³ del mismo título. En este caso la cinta –y el libro– se basa en una persona real, John Forbes Nash, Jr., matemático estadounidense nacido en 1928, inventor de la teoría del juego como base de la conducta racional en Economía. Fue protagonizada por Russell Crowe en el papel de Nash y por Jennifer Connelly en el de su sufrida esposa. La película ganó 4 Oscar, entre ellos los de la mejor película, el mejor director y la mejor actriz. Es, sin duda, también un filme recomendable de ver para todo aquel que se interese por la psicopatología y, en general, por el comportamiento humano.

Recordemos que John F. Nash, nacido, como se ha dicho, en 1928 en Bluefield, Virginia, era, ya en los años 50 del siglo XX, un matemático de reconocido prestigio, algo solitario, con fama de excéntrico y asocial, pero que nunca había dado muestras de psicosis. Hasta que un mal día de 1959 aparecieron, de forma no súbita pero sí bastante repentina, delirios de persecución con percepciones alucinatorias y otros síntomas primarios, en el sentido de Kurt Schneider, o patognomónicos según los distintos DSM que se han ido sucediendo a lo largo de los años. Sin duda, si se quiere profundizar en la función y

22 A BEAUTIFUL MIND, película dirigida por Ron Howard, producida por Brian Gazer y distribuida por DreamWorks Home Entertainment, 2002.

23 NASAR, SYLVIA, *A beautiful mind*, Simon & Schuster en EEUU y Faber & Faber Limited en el Reino Unido, 1998. Hay trad. esp. también con el mismo título que la película.

estructura de los delirios, es mejor leer el libro de José Luis Mediavilla, de este mismo título²⁴, o, del mismo autor, el dedicado a Ramón Sarró²⁵, *Conversaciones con Ramón Sarró*, pero nadie me negará que el visionado de la película ha llegado a un público mucho más amplio que el que haya leído estos libros o el ya citado de Sylvia Nasar.

La biografía de Nash por Sylvia Nasar ha sido calificada por Simon Singh²⁶, autor de *El último teorema de Fermat*, de “un extraordinario estudio del arcano mundo de las matemáticas y de la tragedia de la locura”, en la estela de los muchos libros que se han interesado por la relación entre genio y locura, desde Vallejo Nájera (padre) hasta el célebre *Locos egregios*²⁷ de Juan Antonio Vallejo-Nájera, pasando por el no menos célebre de Karl Jaspers, *Genio artístico y locura*²⁸, si bien en este último se trata más bien de un estudio pormenorizado de Strindbergh vs Van Gogh.

Por la obra de Nasar sabemos que, a los 21 años, John F. Nash era un brillante estudiante de Matemáticas en la Universidad de Princeton, donde, como ya se ha apuntado, desarrolló a esta temprana edad la “teoría del juego” como fundamento de la actividad económica con fines lucrativos. A los 31 años, estando ya en la cima de una brillante carrera como matemático, y poco después de su matrimonio con una joven y bella física, Alicia Larde, de origen salvadoreño²⁹, Nash sufrió un devastador brote psicótico delirante que fue diagnosticado de esquizofrenia. Invasado por delirios de persecución y de influencia alienígena y galáctica, que no dejan de recordar *mutatis mutandis* el famoso caso Schroeber de Freud, Nash se vio incapacitado para trabajar y tuvo que ser ingresado repetidas veces contra

24 MEDIAVILLA, JOSÉ LUIS, *Función y estructura del delirio*, Universidad de Oviedo, Servicio de Publicaciones, Oviedo, 1987

25 MEDIAVILLA, JOSÉ LUIS, *Conversaciones con Ramón Sarró. Psicoanálisis y locura*, Gráficas Valldep, Barcelona, 1980.

26 SINGH, SIMON, *Fermat's Last Theorem*. Citado por S. Nasar en la portada de su libro, ya citado.

27 VALLEJO-NÁJERA, JUAN ANTONIO, *Locos egregios*, Planeta, Barcelona, 1998.

28 JASPERS, KARL, *Genio artístico y locura*, trad. esp. en Ed. Acantilado, Madrid, 1984.

29 NASAR SYLVIA, *op. cit.*, pp. 191–192, 193, 194, 201.

su voluntad en distintos hospitales psiquiátricos privados y públicos y tratado con todo tipo de terapias, psicológicas, químicas y físicas, sin que ninguna surtiera efecto alguno apreciable. Cuando no estaba ingresado, Nash erraba cual verdadero zombi por los campus de Princeton, donde había enseñado, sin que nada hiciera presagiar que nunca pudiera volver a ser nada parecido al que había sido.

Sin embargo, y en contra de todo pronóstico, a los 60 años, después de tres décadas de enfermedad, surgió el doble milagro: por una parte, una remisión imprevisible y sin precedentes de su esquizofrenia, y por otra la decisión del Comité del Premio Nobel de acordarse de él y concederle el Premio Nobel de Economía el 12 de octubre de 1994 por su aportación a la llamada “teoría del juego”.

Ya mucho antes, poco después de caer enfermo, una tarde entre semana de la primavera de 1959³⁰, el profesor de Harvard George Mackey, que había ido a visitarle, le encontró postrado en un sofá del hospital psiquiátrico donde estaba ingresado, impregnado de neurolépticos, y no pudo evitar preguntarle algo que todos nosotros, aun siendo profesionales de la psiquiatría, tampoco podemos dejar de preguntarnos: “¿...Cómo pudo usted, un matemático de reconocido prestigio, habituado a razonar con lógica y a no creer en nada sin una previa demostración, cómo pudo usted creer que seres extraterrestres le estaban enviando mensajes? ¿Cómo pudo usted pensar que estaba siendo reclutado por seres alienígenas procedentes de otras galaxias para salvar el mundo? ¿Cómo pudo usted...?” A lo que Nash, fijando en Mackey una mirada fría y desapasionada como la de una serpiente, le respondió: “Porque las ideas que me venían de [presuntos] seres sobrenaturales llegaban a mi mente con la misma claridad y nitidez como lo hacían las ideas e intuiciones matemáticas. Así que no podía dejar de tomármelas completamente en serio”³¹.

Treinta años después, la remisión ¿espontánea? de la enfermedad y la autocrítica subsiguiente se nos hicieron patentes a los asistentes al Congreso Mundial de Psiquiatría de 1996 cuando J. F. Nash ofreció

30 NASAR, SYLVIA, *op. cit.*, p. 11.

31 NASAR, SYLVIA, *op. cit.*, p. 221.

una conferencia en sesión plenaria³² en la cual, aludiendo a una carta de excusas enviada a Oppenheimer en 1957 por una agria discusión que había tenido con él acerca de la teoría cuántica, afirmó que su intento de resolver las contradicciones inherentes a la teoría cuántica, en lo que estaba inmerso en el verano de 1957, “probablemente fue algo en lo que me extralimité y me desestabilizó psicológicamente, provocando [el estallido de] mi enfermedad mental”.

Muchos más detalles sobre la psicopatología de J. F. Nash, a cual más interesante, pueden leerse en la magnífica biografía de S. Nasar (460 páginas en la edición inglesa) que mereció en 1998 el *National Book Critics Circle Award*, pero, evidentemente y sin lugar a dudas, como ya se ha dicho, son muchos más los que han visionado la película que los que han leído el libro. Una vez más, comprobamos que el séptimo arte puede llegar a influir a mucha más gente que el mejor de los libros, verificándose, por tanto, el dicho de que una imagen vale más que mil palabras y que una buena película “comercial” puede tener un valor “docente” incalculable.

Hasta aquí hemos analizado con cierto detalle dos filmes biográficos con personajes centrales de la historia de la psiquiatría y del psicoanálisis: Freud, Jung y Sabina Spielrein; otros tres centrados en la esquizofrenia: *Repulsión*, *Out of Darkness*, y *Una mente maravillosa* (*A Beautiful Mind*). Ahora hablaré más rápidamente de otras cintas que han centrado su interés en otros diagnósticos, o en otros aspectos de la psiquiatría.

Sin salir del campo de las psicosis, recordemos *Rain Man* (*El hombre de la lluvia*)³³, dirigida por Barry Levinson y protagonizada por un Dustin Hoffman que borda el papel de un autista fóbico e hipermnésico de forma inolvidable. Sin duda, muchas personas que no habrán visto un autista en su vida no olvidarán las hazañas de Raymond Babbitt viajando a través de los Estados Unidos de la mano

32 NASH, JOHN F., *Plenary lecture*, Congreso Mundial de Psiquiatría, Madrid, 26 de agosto de 1996.

33 RAIN MAN, Director: Barry Levinson, Guion: Ronald Bass y Barry Morrow, United Artists, EEUU, 1988, 129 min.

de su hermano Charlie. ¿O será al revés? Se trata, quizá, de una *road movie*, pero se nos hace inolvidable gracias a la extraordinaria interpretación de Dustin Hoffman en el papel del autista.

Recordemos brevemente la sinopsis del film: Charlie Babbitt (Tom Cruise), un joven egoísta que espera heredar la fortuna de su difunto padre, se entera de que el beneficiario es su hermano Raymond (Dustin Hoffman), un autista al que no conoce porque ha vivido siempre recluido en un centro especializado. Ambos hacen un largo viaje a través de los Estados Unidos. Al principio, a Charlie, el extraño comportamiento de su hermano lo irrita y desconcierta, pero, poco a poco, aprenderá conocerlo y a quererlo, al igual que lo hace el propio espectador. La película mereció numerosos premios en los años 1988 y 1989 (César, Oso de Oro, David di Donatello, 4 Óscar, 4 nominaciones a los Globos de Oro...).

Un célebre crítico de cine, Pablo Kurt, tiene escrito en *Filmaffinity* lo siguiente³⁴: “Sabido es que los dramas con enfermedades o discapacitados siempre han hecho mella en los corazones de la academia de Hollywood. Especialmente a la hora de repartir Óscares de interpretación sobrevalorados... pero, sinceramente, creo que este no es el caso. La película no es una obra maestra... pero la correcta historia de un joven ambicioso (excelente Tom Cruise) que se tiene que hacer cargo de su hermano autista... se vio engrandecida por una actuación magistral de Dustin Hoffman, que no hizo sino apuntalar aún más su extraordinaria carrera. Hay quien dice que la interpretación de Hoffman era fácil. Tenían razón: hoy, décadas después, cuando veo *Rain Man* todavía pienso que este pequeño gran actor era, en esa película, verdaderamente autista”. No tengo nada que añadir.

No solo las psicosis han sido magistralmente interpretadas en el cine “de ficción”. También los trastornos de conducta, en adultos, adolescentes, y niños. Pienso ahora en *Le gamin au vélo* (*El niño de la bicicleta*)³⁵, coproducción franco-belga-italiana, dirigida en 2011 por

34 KURT, PABLO, Filmaffinity.com/es/films579520.html, 2013.

35 LE GAMIN AU VÉLO, Director: Jean-Pierre y Luc Dardenne, Guion: los mismos, Diaphana Films, 2011, 87 minutos.

los hermanos Dardenne y protagonizada por Thomas Doret en el papel del niño y Cécile de France, en el de la peluquera que lo adopta. Se estrenó en el Festival de Cannes 2011 y ganó el Gran Premio del Festival.

Se trata de un niño de 11 años, Cyril, que se escapa del hogar de acogida donde su padre lo abandonó tras prometerle que volvería a buscarlo. Se nos encoge el corazón al ver la ingenuidad del pobre niño, que no puede creer que su padre lo haya abandonado y se aferra desesperadamente a una bicicleta, que no es suya, pero que él cree –o quiere creer– que es la bicicleta que le tenía prometida su padre. Después de llamar en vano a la puerta del apartamento donde vivían, se refugia en un gabinete médico para eludir la persecución del personal del hospicio y se echa en brazos de una joven sentada en la sala de espera. Así es cómo, por pura casualidad, conoce a Samantha (Cécile de France), una peluquera que le permitirá quedarse con ella los fines de semana.

Los hermanos Dardenne supieron evitar caer en el sentimentalismo, lo que hubiera sido fácil dada la temática del film, así como en cualquier forma de vulgaridad en el lenguaje de los adolescentes, a pesar de que muchos de los que aparecen en el film eran delincuentes callejeros. Los directores logran que la angustia del niño, con su tendencia a caer en reacciones violentas e incontroladas, nos atenace a los espectadores a todo lo largo de la película, sin que el interés decaiga en ningún momento. Sin duda un documental no lo hubiera hecho mejor ni hubiera logrado tanto realismo.

El tema del suicidio –o de los intentos de suicidio– tampoco ha faltado en el cine. Como muestra, hablaré aquí únicamente de *Lilith*³⁶, de Robert Rossen, rodada en ¡1964! y protagonizada por Jean Seberg en el papel de la joven misteriosa que intenta morir como el rey Luis II de Baviera, echándose al agua llevándose consigo a su psiquiatra (en este caso, a su enfermero), o como Virginia Woolf

36 LILITH, Dirección: Robert Rosen, Guion: Robert Rosen y Robert Alan Aurthur, basado en la novela homónima de J. R. Salamanca. EE.UU., 1964. Distribuida por Columbia Pictures Corporation.

penetrando, también con pie decidido, en un gélido lago. Como recordaréis, también en la realidad Jean Seberg, sucesora de Brigitte Bardot y de tantas otras en el corazón de Roger Vadim, murió suicidada. En la película, Lilith es una joven paciente ingresada en un sanatorio psiquiátrico para gente pudiente (Chestnut Lodge, Rockville, Maryland, Estados Unidos), que se comporta de forma misteriosa y de la que se enamora un joven enfermero-terapeuta, Vincent Bruce, interpretado por Warren Beatty, que tiene también un oscuro pasado: poco a poco nos iremos enterando de que su madre también estuvo ingresada en este –u otro– hospital y también se suicidó (aunque esto último no queda del todo claro). Fue la última película filmada por Robert Rosen.

A mi juicio, uno de los mayores logros de la película –y seguramente de la novela, que no he leído– es la convincente discreción con que nos muestra las afinidades electivas de los distintos personajes involucrados. Vincent Bruce, que no ha podido superar el trauma de ver a su madre caer en la locura y tener que ser ingresada en un hospital psiquiátrico, acaba buscando –y encontrando– trabajo en otro centro psiquiátrico y enamorándose de una paciente que –aparte de ser muy guapa– es, sin duda, un trasunto de su madre. Pero el director no nos lo muestra como lo haría un divulgador de un “psicoanálisis para profanos”, sino de una forma alejada de todo psicologismo y, aparentemente por lo menos, de todo afán didáctico oseudodidáctico.

No siempre, *hélas*, el cine de ficción ha sabido evitar estos defectos, ni tampoco la simple demagogia. Citaré simplemente, como recordatorio de esto último, la película *One Flew over the Cuckoo's Nest* (*Alguien voló sobre el nido del cuco*)³⁷, magistralmente interpretada, eso sí, por Jack Nicholson, pero que no deja de ser, a mi modo de ver, una simple diatriba contra la terapia electroconvulsiva *ad usum delphini* (o sea, para profanos ignorantes imbuidos de antipsiquiatría y sin ninguna experiencia clínica ni nada que se le parezca). Eviden-

37 ONE FLEW OVER THE CUCKOO'S NEST, Director: Milos Forman, EEUU, 1975.

temente el cine, como la lengua de Esopo, o como todo, puede servir de vehículo tanto para lo mejor como para lo peor.

Jack Nicholson interpreta en este filme el papel de un paciente rebelde, ingresado en un hospital psiquiátrico poblado de médicos y enfermeras siniestros y sádicos que, para castigarlo, usan los electrochoques a diestro y siniestro como arma coercitiva y punitiva. No soy partidario de ningún tipo de censura, ni en cine ni en literatura ni en nada, pero creo que la sociedad, y en especial la comunidad científica, debiera ser capaz de generar –como hace el propio cuerpo biológico– sus anticuerpos para defenderse de este tipo de productos corrosivos e impedir su influencia deletérea sobre el público no conocedor de la realidad psiquiátrica.

Para terminar, después de este breve repaso de algunas películas de ficción (¿o no?), no querría terminar sin hacer mención de algún documental que me parece digno de ser destacado. Y como para muestra basta un botón (o dos), me limitaré a citar, y comentar brevemente, dos documentales catalanes (¡cómo no!), *Mones com la Becky*³⁸, de Joaquim Jordà y Nuria Villazán, de 1999, y *Una cierta verdad*³⁹, de Abel García Roure, de 2008.

En el primero, se trata en principio de comentar las investigaciones del neurocirujano portugués Egas Moniz (que obtuvo el premio Nobel), conocido por las lobotomías que practicaba a los esquizofrénicos agresivos. Desgraciadamente, estos pacientes lobotomizados fueron los únicos que, después de la era neuroléptica, tuvieron que permanecer hospitalizados de por vida por el torpor y abulia en que habían quedado sumidos. Cuando Egas Moniz, hace más de 75 años, asistió a un congreso de psicología en Londres para presentar sus técnicas coincidió con un biólogo norteamericano, el Dr. Fulton, que presentó una chimpancé llamada Becky, un animal encantador. A continuación proyectó una película en la que el mismo animal

38 MONES COM LA BECKY. Directores: Joaquim Jordà y Nuria Villazán, 1999. Productora Els Quatre Gats.

39 UNA CIERTA VERDAD. Director: Abel García Roure, 2008. Distribuida por Vértice 360 (antes Manga Films).

aparecía como una bestia tremendamente agresiva, con lo que se confirmaba la influencia de la neurocirugía sobre el comportamiento humano y animal.

La película obtuvo el Premio de la Crítica a la Mejor Película en el Festival de Sitges de 1999 y representa, de hecho, un fascinante retrato de la locura, a la vez que es un peculiar acercamiento biográfico al neurólogo portugués Egas Moniz. Según Miguel Ángel Palomo, crítico del diario *El País*, es “un afilado análisis de la conducta humana y una diatriba airada sobre la función de los manicomios (...) Imprescindible”⁴⁰.

En cuanto a *Una cierta verdad*, sin duda menos difundida que la anterior, ha tenido y tiene mayor transcendencia en el ámbito de Cataluña por ser un documental rodado todo él con enfermos –la mayor parte de ellos esquizofrénicos– (con el consentimiento suyo y de sus familiares, huelga decirlo) del Centro de Salud Mental del hospital Park Taulí de Sabadell, durante un período de casi dos años. En el documental se entrecruzan las vidas de cinco pacientes con sus capacidades de percibir y comprender las realidades de su entorno profundamente alteradas, perdiendo todo aquello que conforma su propia identidad. Siguiendo la estela de estas historias íntimas, la película nos muestra, a través de un viaje emocional, la búsqueda de un resquicio de luz en el siempre enigmático universo de la esquizofrenia. Como en una novela de intriga, *Una cierta verdad*, ópera prima de Abel García Roure (ayudante de dirección de “En construcción”, *El cielo gira* y *La leyenda del tiempo*, entre otras), nos revela la historia humana que se oculta detrás de todo proceso de trastorno mental grave o profundo (o “severo”, para seguir la –mala– traducción del inglés *severe*, adoptada por el DSM español en sus diversas ediciones) (así como, desgraciadamente, en algunos manuales). (Séame permitido, a este respecto, criticar también la traducción habitual del inglés *evidence* por “evidencia” [medicina basada en la evidencia, por ejemplo], cuando la palabra inglesa *evidence* significa simplemente “prue-

40 PALOMO, MIGUEL ÀNGEL, citado por www.filmaffinity.com/es/film43334.html en: *Mones com la Becky*, 2013.

bas”, en plural, con lo que la expresión “medicina basada en pruebas” se vuelve mucho más comprensible y razonable).

Según Lluís Bonet Mojica, crítico cinematográfico del diario *La Vanguardia*, “[esta película] representa un inestimable documento (...). Javier [uno de sus “protagonistas”], verdadero prodigio en inteligencia natural y maestro de la retórica, proporciona momentos antológicos (...). Su alto contenido emocional viene expresado por una narración que huye de los tópicos de anteriores películas sobre el tema”. Por su parte, E. Rodríguez Marchante, del diario ABC, opina que es “una respetuosa y emocionante mirada al centro del universo de la locura (...). Mantiene a rajatabla y a pesar del título una de las mejores leyes del documental: la realidad no está manoseada”⁴¹.

Poco me queda por añadir a lo dicho por estos críticos. Simplemente diré, a modo de conclusión, que en esta mi escueta exposición he querido limitarme a algunos films que, aun siendo “comerciales”, no han cedido a la tentación demagógica de la antipsiquiatría ni, simplemente, de los lugares comunes, sino que, verdaderamente, han demostrado tener un conocimiento real de la psiquiatría y sabido exponerlo al gran público, profano en la materia, sin caer en ningún populismo fácil ni trasnochado que, por su espectacularidad, hubiera podido aportarles más ingresos de taquilla.

41 UNA CIERTA VERDAD, www.filmaffinity.com/es/film4333334.html, 2013.

El presente libro constituye la QUINTA ENTREGA editorial en la que, como en las anteriores, se recogen los trabajos del Colegio de Psiquiatras Eméritos.

Relación de publicaciones bajo el título genérico de Conciencia Histórica de la Psiquiatría:

• **PRIMERA ENTREGA**

KRK. 2009. Oviedo

Coordinación e introducción:

Joaquín Santo Domingo Carrasco.

Ponencias:

- Amat Aguirre, E. “Medio siglo de psicopatología”.
- Colodrón Álvarez, A. “Entre jueces y psiquiatras”.
- Costa Molinari, J.M. “Santiago Monserrat Esteve y la psiquiatría cibernética”.
- Díez Manrique, J.F. “Consideraciones sobre el delirio”.
- Jimeno Valdés, A. “Presente y futuro de la psicopatología”.
- Ledesma Jimeno, A. “Los procesos psicopatológicos del anciano a la luz de una nueva concepción del psiquismo”.
- Mediavilla Ruiz, J.L. “Empirismo y lenguaje en psicopatología».
- Soria Ruiz, J. “Avatares de la psicopatología”.
- Valenciano Clavel, L. “Neuropsiquiatría del pasado al futuro”. Fundación Salud 2000.

• **SEGUNDA ENTREGA**

KRK. 2010. Oviedo

Coordinación:

Carlos Ballús Pascual.

“Psiquiatría Española de 1950 a 2000”

“Mente Humana y Física Cuántica”

Presentación:

Joaquín Santo Domingo Carrasco.

Mesa-Foro nº1:

- Ballús Pascual, C. “Psiquiatría y psicoterapia en Cataluña”.
- Muñoz Rodríguez, P.E. “Cincuenta años de psiquiatría social en España”.
- Gómez Lavín, C. “Trabajo social y salud mental; bosquejo histórico”.

Mesa-Foro nº2: Mente Humana y Física Cuántica

- Martín Martín, J. Introducción
- Lapiedra, R. “Determinismo, respuestas fisiológicas y desigualdades de Bell: una respuesta genética de experimentación”.
- Quintanilla Fisac, M.A. “Mente y realidad de la filosofía actual”.
- Comentarios a “Las carencias de la realidad”, de Ramón Lapiedra.
- Santos Corchero, E. “Relaciones entre mente humana y la física cuántica”.
- Ledesma Jimeno, A. “Mente humana, conciencia humana y física cuántica”.

• **TERCERA ENTREGA**

Coordinación:

Jimeno Valdés, A. y Mediavilla Ruiz, J.L.

Impr. Hifer Artes Gráficas.

Colegio Psiquiatras Eméritos. 2012. Oviedo.

- Jimeno Valdés A. Presentación
- Necrológica de Alfonso Matías Ledesma Jimeno.
- Ballús Pascual, C. Necrológica de José María Costa Molinari.

Ponencias:

- Ballús Pascual, C. “Aportación al desarrollo de la psicoterapia en Cataluña”.
- Díez Manrique, J.F. “Formación en psicoterapia en la psiquiatría española (1950 -2000)”.

- Costa Molinari J.M. “Antecedentes de la enseñanza universitaria de la psiquiatría en Cataluña”.
- Bobadilla Pardos A. “Psiquiatría en Galicia en la primera mitad del siglo XX”.
- Mediavilla Ruiz, J.L. “El controvertido rumbo de la asistencia psiquiátrica”.
- Jimeno Valdés, A. “De asilado a paciente y de paciente a cliente: 60 años de experiencia en Alemania, Navarra, Galicia y Castilla y León”.
- Gallart-Capdevilla, J.M. “La psiquiatría en Cataluña. 1950-2010”.
- Muñoz Rodríguez, P.E. “La transición y reforma psiquiátrica”.
- Jimeno Valdés, A. “D. José M^a Villacián Rebollo: semblanza y recuerdos”.
- Rojo Sierra, M. “El profesor Ramón Sarró desde mi existencia».
- Carbonell Masiá, C. “Delirio y surrealismo”.

• CUARTA ENTREGA

Coordinación:

Jimeno Valdés A., y Mediavilla Ruiz, J.L.

Ed. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental

Impr. Hifer Artes Gráficas.

Colegio de Psiquiatras Eméritos. 2014. Oviedo.

I Congreso de Sevilla 2013 (ponencias):

- Galván Fradejas, J.E. “El PANAP. La OMS y las clasificaciones psiquiátricas en España”.
- Almansa Pastor, F. “Historia de la psiquiatría en Málaga. Siglo XX».
- Moríñigo, A. “La influencia de la psiquiatría alemana en España, en la actualidad”.
- Agustín Jimeno Valdés “La psiquiatría alemana en los años 60-70”.
- Yañez Sáez, R. “Nosología y clasificación de la psiquiatría clínica en España. De 1950 hasta la actualidad, en el ámbito de un H. Clínico Universitario: HCSC. Madrid”.

- Ballús Pascual, C. “Aportaciones de la influencia de la psiquiatría alemana en la psiquiatría catalana”.
- Gradillas, V. “Psiquiatras malagueños del s. XX”.
- Ayuso Gutierrez, J.L. “El papel de la psiquiatría de hospital general en la integración en la medicina”.

Madrid. Octubre 2013, II

Sede Fundación de Psiquiatría y Salud Mental

“Cine y Psiquiatría”

Conde López, V. Introducción

Ponencias:

- Álvarez San Miguel, C. “La censura cinematográfica en España”.
- Hernández Lahoz, C. “Neurología y séptimo arte».
- Mediavilla Ruiz, J.L. “La psiquiatría como espectáculo”.
- Galván Fradejas, J. “La producción cinematográfica y su interrelación con la psiquiatría”.
- Gallart Capdevilla, J.M. “Cine y Psiquiatría”
- Matín Arias, L. “La psicosis según Hitchcock”.

• QUINTA ENTREGA

Fundación Benito Feijoo.

Colegio de Psiquiatras Eméritos.

Rodrigo González-Pinto López:

La renovación en la asistencia psiquiátrica en España.

Benito Menni y su primer médico alienista.

• SEXTA ENTREGA

Coordinación:

Jimeno Valdés A., y Mediavilla Ruis, J.L.

Ed. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental

Impr. Hifer Artes Gráficas.

Colegio de Psiquiatras Eméritos. 2014. Oviedo.

Valentín Conde López. “Historia de la psiquiatría española actual. La conciencia histórica”.

María Inés López-Ibor. “Historia de la psiquiatría española: La angustia y ansiedad como vivencias básicas del ser humano”.

Agustín Jimeno Valdés. “La deconstrucción y reconstrucción de la psiquiatría (como ciencia y conocimiento)”.

Dr. D. Juan Francisco Díez Manrique. “Entender los nacionalismos”.

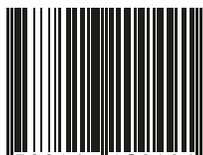
Vicente Gradillas. “Semiología del fenómeno psicopatológico (signo, síntoma y rasgo)”.

Pedro Quirós Corujo. “El concepto de degeneración y su repercusión médica y social”.

Dr. José Luis Mediavilla. “Jaspers Versus DSM 5. (Reivindicación de la psicopatología)”.

Dr. José M^a Gallart Capdevila. “La psiquiatría y el cine. Historias de la psiquiatría y el cine”.

Sexta entrega editorial de los trabajos
del Colegio de Psiquiatras Eméritos, al
amparo de la Fundación Española de
Psiquiatría y Salud Mental



9 788416 209491