Colegio de Psiquiatras Eméritos

Demetrio Barcia Salorio
José Luis Mediavilla Ruiz
(coordinadores)

CONCIENCIA HISTÓRICA DE LA PSIQUIATRÍA

OCTAVA ENTREGA

Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental

Edición no venal
© Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental (FEPSM).
Edición: HiFer Editor. DELIREMA.30
Impresión: HiFer Artes Gráficas - www.hifer.com
ISBN: 978-84-17130-50-3
Dep. Legal: AS-00205-2018

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.

Colegio de Psiquiatras Eméritos

octava entrega

AUTORES

JULIO BOBES GARCÍA

DEMETRIO BARCIA SALORIO

ANTONIO COLODRÓN ÁLVAREZ

FERNANDO CLARAMUNT LÓPEZ

FERNANDO LEAL LÓPEZ

ENRIQUE ROJAS MONTES

JUAN FRANCISCO DÍEZ MANRIQUE

JESÚS FERNÁNDEZ SANDONÍS

JOSÉ LUIS MEDIAVILLA RUIZ

NOTA PREVIA

Concluida la maquetación de este libro, recibimos la noticia del fallecimiento de Antonio Colodrón Álvarez, compañero muy querido y admirado, y uno de los firmantes del Acta Fudacional del Colegio de Psiquiatras Eméritos.

Antonio y Karen, su espsa, eran para mí viejos amigos, de los que conservo el recurdo imborrable de tantos encuentros, y los libros de Antonio, generosamente dedicados en la primera página, con aquella letra suya inconfundible, de amplios e impetuosos rasgos.

Entre uno de ellos, encuetro un artículo fechado el 3 de abril de 1980 (El País) "La Psiquiatría en busca del tiempo perdido", y que, en su memoria, incluimos en esta edición.

J.L.M.

INTRODUCCIÓN

Julio Bobes García

Hace casi una década se llevó a cabo la edición de las ponencias realizadas por los miembros del Colegio de Psiquiatras Eméritos, bajo el título genérico de Conciencia Histórica de la Psiquiatría, siendo coordinador el Dr. Joaquín Santo Domingo Carrasco, uno de los promotes de dicho colegio y líder del mismo

Coincidiendo con los Debates que anualmente venimos celebrando en Oviedo, manifesté entonces mi incondicional apoyo a tal iniciativa, tanto desde la Cátedra como desde la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental.

En aquella Primera Entrega (Delirema/KRK) dejé, también, constancia por escrito de mi satisfacción ante un acontecimiento que ofrecía un espacio a "las opiniones y los criterios vertidos por los psiquiatras que han formado parte importante dentro de las generaciones anteriores, dado que ello habría de servir de contrapunto y referencia a las diversas cuestiones que a todos nos afectan como psiquiatras".

Conciencia histórica, no solo memoria, pues así como la Memoria apela a un cúmulo de acontecimientos, a la retentiva más o menos detallada del pasado, la Conciencia supone y exige la existencia de capacidad discriminatoria, trascendiendo el mero depósito vivencial, para alcanzar el juicio crítico que caracteriza la condición humana...

Esta Octava Entrega, además del contenido de sus interesantes trabajos, nos trae una circunstancia especialmente impactante: el hecho de haber sido coordinada por el profesor Demetrio Barcia Salorio, desde sus días de enfermedad en su domicilio de Valencia.

Nos consta que esta labor postrera, en colaboración con el Dr. José Luis Meiavilla, fue una de sus alegrías en sus últimos días ya que el fallecemiento se produjo a finales de enero de este mismo año.

Con la pérdida de una personalidad tan extraordinaria, se suma nuestro dolor por la de otros miembros Eméritos, cuyas vidas y obras han dotado de un mayor prestigio a nuesta actividad: Cervera Enguix, Seva Díaz, José Rallo, José Soria, Valentín Conde, Ledesma Jimeno, José Guimón, Jimeno Valdés, Bobadilla y Antonio Colodrón, entre otros más, que en este momento involuntariamente omito, aunque todos están en nuetro corazón lleno de admiración y gratitud.

La circunstancia de ser Granada este año, sede del próximo Congreso Nacional de Psiquiatría, ha influido en que algunos de los contenidos del libro hayan sido escritos en memoria y homenaje a la psiquiatría andaluza.

Queremos hacer constar la buena disposición mostrada ante esta modesta aportación por el Dr. Manuel Gurpegui, y la cortesía de la Fundación Federico García Lorca en la persona de su Presidenta, Laura García Lorca, al permitirnos reproducir el dibujo que ilustra la portada del libro.

ANGUSTIA Y ANSIEDAD

Demetrio Barcia Salorio
Valencia

I.-Sobre el origen de los térmios Ansiedad y Angustia

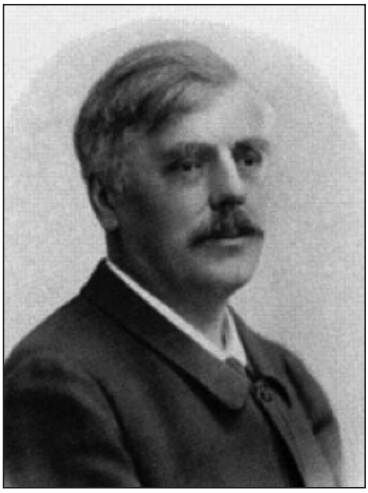
El término *angustia* tiene muchas acepciones y se utiliza en el lenguaje coloquial y en textos científicos y culturales (médicos, literarios, filosóficos, etc.). En Psiquiatría, en general se ha intentado diferenciar tres conceptos *ansiedad, angustia y miedo*, aunque lo cierto es que tanto históricamente como respecto a su descripción mas bien deberían utilizarse como matizaciones o graduaciones de los "perturbaciones de la emotividad" lo que según la propuesta de Le Gall (1980) debería llamarse *Estados timerésticos*, del latín *tímere* temer, ya que todos estos estados (temor, miedo .ansiedad, angustia) tienen en común prever un peligro próximo bien o mal determinado.

Tradicionalmente, la distinción entre *ansiedad* y *angustia* procede de Brissaud (1890) , para el que la "*ansiedad* es un trastorno que se traduce por un sentimiento indefinible de inseguridad; la *angustia* es un trastorno físico que se traduce por una sensación paroxística de constricción y de ahogo". Brissaud, siguiendo las concepciones de su tiempo, pensaba que la angustia era un fenómeno bulbar, ya que allí localizaban los centros neurovegetativos superiores y la ansiedad un fenómeno cerebral. Si prescindimos de la referencia patogenética de este autor en general sigue manteniéndose la distinción con estos rasgos esenciales, es decir, entendiendo por *angustia* la experiencia so-

brecogedora, inmovilizante y somatizada, con sensación de opresión cardíaca o epigástrica, mientras que la *ansiedad* sería mas psíquica y una experiencia ligada a la inquietud y el sobresalto, con sensación de falta de aire, pero que en castellano, seguramente, sería mejor usar *anhelar*, que tiene que ver con *ansia*. Pero la realidad es que ansiedad y angustia son conceptos difícilmente diferenciables y , en todo caso, habría que tomarlos como matizaciones de una experiencia común.

La distinción entre *angustia* y *miedo*, se hizo popular en Psiquiatría a raíz de las observaciones de Kierkegaard, en su trabajo *Der Begriff der Angst*, cuyo título original fue *Begrebet Angest*, que publicó con el seudónimo *Vigilius Haufniensis* en 1844; en el advertía que la angustia no se producía ante algo concreto ,sino ante la Nada, es decir, la Nada constitutiva de la mismidad del hombre. "El miedo se refiere, escribió Kierkegaard, a algo determinado, está unido a un objeto; la angustia por el contrario , no es un sentimiento intencional, sino un "humor" sin objeto. Esta distinción fue adoptada por Jaspers en la primera edición de su *Allgemeine Psychopatholgie* (1913), sobre lo que insistió en la quinta edición de 1948, en donde escribe que "un fuerte y torturante sentimiento es la angustia. El miedo o temor se refieren a algo, la angustia no se refiere a objeto alguno. Pero además, el trabajo de Kierkegaard significó el inicio de la Filosofía existencial que tuvo una importante repercusión en el desarrollo del *Análisis existencial*, un movimiento que profundizó y analizó la angustia, como no es posible reconocer en otro periodo de la Historia. Pero si atendemos a su origen histórico los términos ansiedad, angustia, temor y miedo tienen un origen común y se han utilizado indistintamente.

La palabra castellana *ansiedad* parece que no proceda de la latina *ansietas*, según opina el gran filólogo Corominas, por lo tardío de su aparición en nuestra lengua, ya que todavía no se registra en el Diccionario de Autoridades en 1726. Seguramente procede del francés *anxieté*, esta sí del término latino, aunque también es tardío en este idioma, ya que le parecía extraño a Guez de Balzac en 1724, según refiere *Litré en el Dictionaire de la Langue Française*. De este modo, aunque el término "ansiedad " sea hoy entre nosotros una expresión de uso común y frecuente, inicialmente solo fue un término culto y



E.Brissaud (1852-1909)

S.Kirkegaard (1813-1855)

utilizado preferentemente en Medicina (Litré), aunque lo fue solo a partir de bien entrado el S. XVIII.

Pero por lo que corresponde al término latino *anxietas* parece que procede de *anxius*, adjetivo que significa "estar oprimido" , cuyo estado se nombraría con aquel sustantivo, procedería a su vez de *angor*, del cual Ernout de Millet, en el Dictionaire *Etymologique de la Langue Latina* (1967) cita como un primer ejemplo el verso 78 del libro IX de la metamorfosis de Ovidio, *Angebar ,ceu guttura forcipe presus* (como si mi garganta fuese oprimida con unas tenazas).

Así pues vemos que ansiedad y angustia tiene un origen común, aunque pronto se aprecian matices y así, por ejemplo Cicerón en *Tusculanas*, una obra que tanta influencia iba a tener en la concepción de las Pasiones de Pinel y de Esquirol, decisivas en la interpretación de las enfermedades mentales, dice que la diferencia entre la ira y la irancundia es análoga a la que hay entre *anxietas* y *angor*, porque "no todos son angustiados los que alguna vez se sienten oprimidos ni los angustiados se sienten oprimidos siempre"*(neque enim omnes anxii anguntur alicuando neque anxii semper anguntur)*.Pero lo que interesa decir es que la ansiedad o angustia en la antigüedad clásica son una

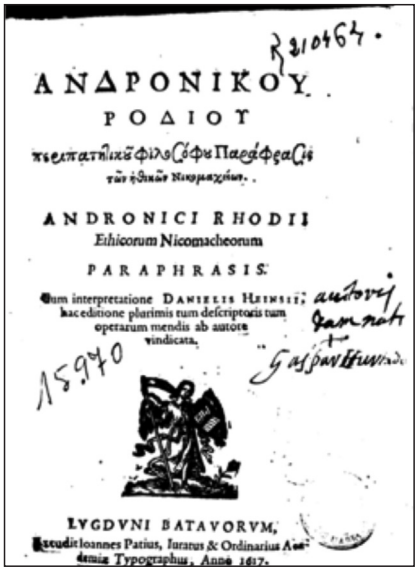
noción ligada a la de tristeza y esta idea iba a prosperar durante años hasta la actualidad, por ejemplo, en la concepción de López Ibor de la *Timopatía ansiosa* y aparece así también en Cicerón, *Angor est aegritudo premens* (Angustia es la opresión de la tristeza).

Pero tampoco el miedo se ha diferenciado clásicamente de la angustia o la ansiedad. Así Zenón de Citium, fundador del pensamiento Estoico, del cual ha bebido especialmente Cicerón y que también había sido adecuadamente valorado por Pinel y Esquirol, cuya lectura habían recomendado a los psiquiatras, en su estudio de las pasiones consideró que cuatro eran las fundamentales , cuyos nombres recogió seis siglos mas tarde , a finales del S IV, el obispo Nemesios de Emea, en su obra *De Natura Hominis*, la cual influyó en la Escolástica y en general en todo el pensamiento teológico y médico de la Edad Media,. Estos términos eran *Voluptate, Libido, Metu y Aegritudo*, pasiones que a su vez se dividían en varios géneros, pero que para nuestro propósito de ahora interesan dos de los seis en que se divide *Metu* (miedo): *Terror* y *Sollicitudo*, que fue como Nemesios tradujo "agonía" que había utilizado Zenón, y es un pena que los autores posteriores emplearan en vez de este último el de ansiedad o angustia para traducir "agonía", que expresa mejor la vivencia del enfermo sin la necesaria concurrencia de resonancias somáticas que ha tenido posteriormente.

También hablando de las pasiones San Juan Damasceno (676-749) en su obra fundamental , *De Fide Ortodoxa*, admite seis clases de *Miedo*, una de las cuales llama agonía, que el traductor latino lo hace por *angor*. Pero interesa destacar que el santo teólogo , incluye también a esta experiencia como una variante de la Tristeza, *Tristitia agravans*, pero no en el sentido de una agravación de la tristeza, sino, tal como había señalado Cicerón, como a la vivencia de opresión que la tristeza produce.

Los médicos renancentistas en general siguieron los planteamientos de los estoicos que habían recibido a través de San Juan Damasceno , pero importa destacar también, entre otros, a Aristóteles, especialmente la *Retórica*, la traducción latina medieval del *Perí Pa-*

San Juan Damasceno (676-749)



ΑΝΔΡΟΝΙΚΟΥ
ΡΟΔΙΟΥ
ΠΑΡΑΦΡΑΣΙΣ
ΤΩΝ ΗΘΙΚΩΝ ΝΙΚΟΜΑΧΕΙΩΝ.

ANDRONICI RHODII
Ethicorum Nicomacheorum
PARAPHRASIS.
Cum interpretatione DANIELIS HEINSII; hac editione plurimis tum descriptoris tum operarum mendis ab autore vindicata.

LVGDVNI BATAVORVM,
Excudit Ioannes Patius, Iuratus & Ordinarius Academiæ Typographus, Anno 1617.

Portada de Pseudo-Andrónico de Rodas

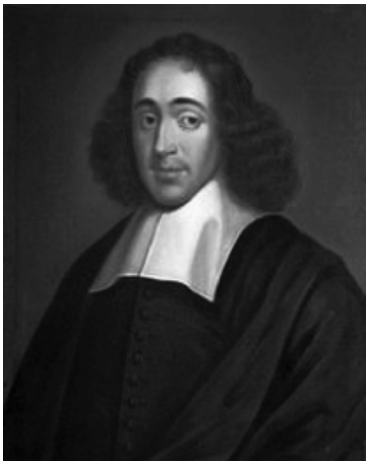
thón del Pseudo–Andrónico, la *Summa Theologiae* de Santo Tomás de Aquino, el *Traité des passions* de Descartes y , finalmente, la *Ética* de Spinoza, aunque hay que esperar a L. Vives, para llegar a un planteamiento verdaderamente moderno de las emociones.

Sin entrar, claro está, en un análisis de estos autores citaremos a Aristóteles y el Pseudo-Andrónico, que junto a San Tomas representaron una fuente sistemática de todos los estudiosos. Aristóteles se ocupa de estos asuntos en el *Tratado sobre el Alma*, pero, como hemos señalado, especialmente en la *Retórica*, en donde selecciona seis emociones, entre ellas el *Miedo*, una emoción que se irá repitiendo en los tratados posteriores. y analiza las disposiciones y objetos a las que ellas se dirigen. No pretendió Aristóteles una clasificación de las emociones ,pero su descripción , junto al estudio de las reacciones afectivas que desarrollo en su *Poética*, han constituido el punto de partida para cualquier estudio posterior. El catálogo del *Pseudo-Andrónico*, se acepta como una compilación ecléctica de las fuentes platónicas, y principalmente estoicas, y el *Perí Pathón* (De las pasiones),

que fue traducida latín en el S XIII y fue bien conocidos por San Alberto y Santo Tomás. Esta obra, sin embargo carece de originalidad y es casi un catálogo de las pasiones, de las que cita hasta 67, pero los términos usados, generalmente procedentes de Crisipo, se reconocen en autores posteriores, por ejemplo, con Spinoza.

Un autor decisivo, como en tantas cuestiones, fue Descartes, cuya preocupación en clasificar las emociones representó quizás el último esfuerzo racionalista de elaborar una teoría general de las emociones, un planteamiento muy alejado al que realizará Luis Vives, poco preocupado por su descripción. Descartes señala que el número de emociones (pasiones) es indefinido y la misión del filósofo, dice, está en enumerar las *(dénombrement)* las principales, que reduce a seis , siendo las otras especies de ellas. La aportación de Descartes al conocimiento de las emociones es notable y dio expresión filosófica a las ricas representaciones de las emociones humanas que ayudaron a hacer posibles las obras de Racine, Molière y, especilamente, Corneille. Pero, aunque se ocupó de la tristeza y el miedo, su aportación en este campo fue menos creadora que en el análisis de otras emociones y, desde luego, no hay en su estudio una aportación notable sobre el tema de la ansiedad o la angustia.

R.Descartes(1596-1680)



B.Spinoza 1632-1677)

Por su parte Spinoza, sigue bastante al pie de la letra , decíamos antes, al *Perí Panthón* del Pseudo-Andrónico, pero quizás interesa citar su idea de que la vida emocional está dominada por el deseo, que es dice "la esencia misma del hombre", que algún autor ve como antecedente de Freud, y, o bien, por la alegría - un aumento de la perfección humana- o por la tristeza, su disminución , y ve a ésta, caracterizada por el miedo, la compasión, el desprecio y la humildad que debe ser interpretada; la tristeza, que es como una forma del dolor y así,decía de este último, literalmente, que era "una pasión del alma" (H.Wolson),.

Influido por estos autores, especialmente por Santo Tomás y Descartes, Vives, sin embargo hace una aportación novedosa de las emociones . En contra de los planteamientos anteriores en que todos los autores aceptan un pequeño número de emociones como fundamentales, Vives en *De Anima et Vit*a se niega a especular sobre si las emociones son genéricas y primitivas, pero de hecho si atendemos a la ordenación de los capítulos advertimos una cierta clasificación de las, al menos, emociones mas importantes, y en general Vives, en su obra rinde un tributo considerable a la tradición.

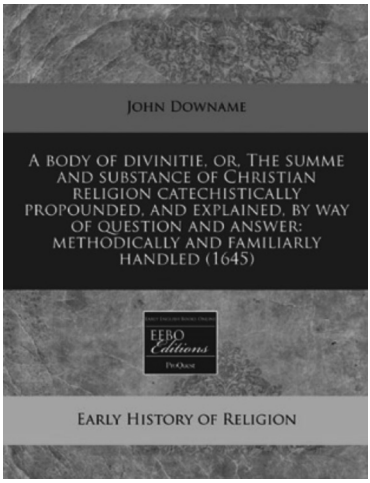
Estatua de Luis Vives en la Universidad de Valencia

Sin entrar en un análisis de los planteamientos de Vives, a quien nos hemos referido en la 2ª Parte, ahora diremos únicamente algo sobre el *Miedo (metus)*. Aquí, en general aporta poco a lo que había desarrollado Aristóteles, pero si interesa ahora destacar que solo trata en relación con él la "vergüenza", en que sigue la larga tradición estoica. Vives analiza el *miedo (metus)*, que ve como temor y hasta odio por la amenaza de un mal futuro. Vives describe la "tristeza y el miedo" como "contracciones del alma" *(animi contractio)*.

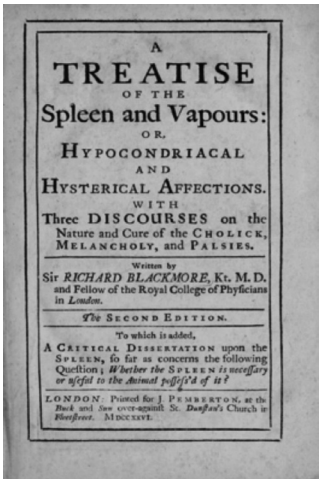
Todo lo anterior pone de manifiesto que han sido los planteamientos estoicos seguramente los únicos que han aportado conocimiento a lo que hoy llamamos ansiedad o angustia o miedo, que ven como pasiones muy próximas y vinculadas a la tristeza y de hecho, hay que esperar a los planteamientos de Freud y a la Filosofía existencial para que haya un verdadero cuerpo de doctrina en relación con estas vivencias.

Contrariamente a lo que ocurre en la Filosofía clásica, por ejemplo, con Patón y Aristóteles, los médicos no se ocupan de la ansiedad o angustia, y ello puede comprobarse, por ejemplo en el *Corpus hipocráticum*. Galeno en *De Locis* señala que Hipócrates no habla de otros síntomas en *De Melancolía* que de miedo y tristeza y esta situación se prolonga durante siglos hasta el XIX, como acabamos de señalar. Hay algunas excepciones y en este sentido es sumamente interesantes el libro de John Downame(+ 1652) , que según mis pesquisas es el primero en Psiquiatría en utilizar el término *angustia*, para referise a una experiencia similar a como se entiende en la actualidad.

En 1600 Downame, escribió un texto que tituló *"Spiritual physiche to cure the disease of the Seúl..."* y que reeditó en 1609 ,pero ahora con el título de *A treatise of anger*. En él, Downame escribe que *Anger*, es una "especie de locura" *(a short of mandes)*. Señala que el término inglés procede del latino *angor* y que la experiencia que estos términos describen es una mezcla de sentimiento de "ahogo y sensación de estrangulamiento de la garganta y de "inquietud y aflicción". Describe mas tarde otras características del cuadro especialmente el aspecto del enfermo que lo padece: ojos saltones, rubicundez, muecas, etc. ,y



Obras de John Downame


A
TREATISE
OF THE
Spleen and Vapours:
OR,
HYPOCONDRIACAL
AND
HYSTERICAL AFFECTIONS.
WITH
Three DISCOURSES on the Nature and Cure of the CHOLICK, MELANCHOLY, and PALSIES.

Written by
Sir *RICHARD BLACKMORE*, Kt. M. D. and Fellow of the Royal College of Physicians in *London*.

The SECOND EDITION.

To which is added,
A CRITICAL DISSERTATION upon the SPLEEN, so far as concerns the following Question; *Whether the* SPLEEN *is necessary or useful to the Animal possess'd of it?*

LONDON: Printed for J. PEMBERTON, at the *Buck* and *Sun* over-against St. *Dunstan's* Church in *Fleetstreet*. MDCCXXVI.

Portada de Spleen and Vapours

señala que es un cuadro que tiene poca duración y por eso lo llama también de *Brebis furor* y que por ello se distingue de las locuras permanentes.

Exceptuando este texto temprano, lo mas usual fue en los siglos XVII y especialmente en el XVIII que en los Manuales sobre trastornos mentales se hagan matizaciones relacionadas con la Melancolía o se utilicen otros términos. En relación con lo primero quizás hay que citar a Richard Blackmore (1653-1729) que publicó en 1725 un tratado titulado *A treatise of the Spleen and vapours: or, hypocondriacal and hysterical affections. With three discourses on the nature of the cholick, melancholy, and palsies*, y en que al analizar la Melancolía se aparta de los planteamientos clásicos, que entendían la Melancolía como locura, y la describe diciendo que suele acompañarse de tristeza, abatimiento y miedo (Fear), o a James Vere (1700-1779) que en *A physical and moral enquiry into the causes of that internal restlesness and disorders in the man,which has been the complait of all ages*, publicado en 1778, describe lo que llama *Nervoussness*, y que interesa porque en algunos aspectos es un antecedente de la obra de Freud ya que explica que el hombre civilizado esta inclinado al "miedo", hoy llamaríamos ansiedad , debido a un *internal war*, que podemos traducir por "conflicto" debido a la lucha entre las exigencias "bajas" de los instintos que el

hombre comparte con los animales, y las exigencias morales *(moral instincs)* o instintos intelectuales que deben tener un poder e influencia mucho mayor.

Sin embargo, en este Siglo, algún autor utiliza el término *Anxiety*, como por ejemplo G. Cheyne (1671-1743), que publica un libro sobre *The English Malady,* una "enfermedad nerviosa compleja, conocida en las Islas y en el Continente" y que entre los numerosos síntomas con que cursa cita entre ellos Melancolía, pero señala que hay *perpetual Anxiety and Inquietude*, o John Morro (1715-1791) que en *Remarks on Dr Betties treatisse on madness*, 1758, señala que es conocida la *Anxiety* en las fiebres y otros trastornos, pero también en "el comienzo de la locura, manifestándose por desasosiego *(restlessness)*, e inquietud".

A pesar de estas referencias lo cierto es que no se suele emplear en Medicina y Psiquiatria los términos de ansiedad y angustia ,pero además pensamos que hay que ser cautos muchas veces en la interpretación de algunos término. Un ejemplo nos parece que puede ser el libro de Amariath Brigham aparecido en 1840 en New York y titulado *An Inquirí concerning the Disease and Functions of the Brain, the Sdpinal Cord and the Nerves* y allí postula la idea de que la ansiedad es la causa mas frecuente de la dispepsia y bajo ese nombre agrupa una serie de trastornos digestivos. Pero decimos que seguramente hay que ser cautos en el significado dado por el autor . En realidad en ingles *anxiety* debe traducirse por "angustia" (F.Navarro, 2000), por ejemplo, *Anxiety Neurosis* (Neurosis de angustia), ya que ansiedad es *Panic*. Pero la relación con la problemática digestiva seguramente hay que verlo en la inadecuada traducción del término griego *asódes* o *azoges*. En su comentario al libro de las Epidemias del *Corpus Hipocraticum*, el famoso médico español Francisco Vallés traduce por *Fastidium* la expresión *áze anémetos*, que debería traducirse por "nauseas sin vómitos", pero ha sido uso frecuente traducir *azé*, por ansiedad, y es frecuente en algunos pueblos referirse usando el término a ansiedad o angustia a las molestias nauseosas, como ocurre por ejemplo en Valencia.

Pero a pesar de estos antecedentes , lo cierto es que pocas veces se ha usado el termino ansiedad o angustia en Medicina y Psiquiatría hasta Freud, quien utilizó el término *Angst* para designar lo que llamó *Angstneurose* pero que seguramente no eligió bien el término si realmente quiso referirse a angustia o ansiedad.. Barcia Goyanes (1996) después de un riguroso análisis del término *Angst* piensa que la traducción mas correcta al castellano es la de *Preocupación* y, en este sentido, S.F.Benecke citado por Grimm en el famoso *Deutsch Wörterbuch*, se ha esforzado en demostrar que la palabra *Angst* no encierra ninguna connotación de "temor". Posiblemente la intención de Freud no fue traducir *anxietas* y, contrariamente a lo que suele decirse, pudo utilizar otros términos alemanes *(Unruhe, Kummer, Frucht, Beclemmung, Schrecken,Grauen,Graussen)*, pero, aunque en su trabajo señala que la "espera angustiosa" constituye el núcleo del cuadro, en él describe una serie de formas clínicas en las que no necesariamente hay un componente angustioso, como por ejemplo, las diarreas, pero señala además la existencia de una serie de síntomas como obsesiones, pesimismos, etc. que se separa necesariamente de la idea de temor.

En la actualidad se utiliza sistemáticamente estas expresiones de *ansiedad* y *angustia* junto a términos con ellas emparentados y se matiza su significado y aunque las distinciones propuestas por la Psiquiatría son útiles y debería haber acuerdo para nombrar las distintas experiencias relacionadas con el temor, por lo que Le Gall (1980) tal como antes hemos señalado, ha propuesto el término *Sentimientos o Estados timéricos* (del latín *timere*=temer) que integrarían una gama de estados relacionados con la vivencia de amenaza o peligro mas o menos bien establecida. Estos estados son:

1.-*Miedo*: Sentimiento psíquico motivado por un temor motivado por una situación o un objeto concreto y conocido. Es conocido que Freud, sin embargo, utilizó el término *Realangst* para referirse a una experiencia ante una amenaza real, por tanto al *miedo (Frucht)*, pero ello es disculpable ya que es habitual decir en alemán *Ich habe Angast vor*, es decir "tengo miedo de", sobre lo que ha insistido K.Schneider

pero para mostrar que no hay excesivas diferencias entre el miedo y la ansiedad.

2.- *Temor* (en alemán *Befürgtung*), muy próximo al miedo aunque el peligro es menos definido y preciso y hay una mayor vivencia de incertidumbre.

3.-*Terror* del latín *terror*, espantar, aterrar, que es la experiencia exagerada del miedo y temor.

4.-*Pánico*, que es una experiencia ligada a la angustia claramente y tal es el sentido del término en ingles que se ha hecho popular en la literatura psiquiátrica actual.

5.-*Inseguridad*, que en el contexto psiquiátrico tiene que ver esencialmente con la noción de *ansiedad básica* de K.Horney , la vivencia del niño ante un mundo potencialmente hostil.

6.-*Angustia*, experiencia del temor ante la nada.

7.-*Ansiedad* , forma de angustia pero mas próxima al pánico .

Frente a la no utilización de los términos "ansiedad" y "angustia" en Medicina hasta, decíamos antes, la propuesta de Freud, lo cierto es que en la actualidad ocurre exactamente lo contrario, es decir se utilizan estos término profusamente y además se han realizado muchas matizaciones y precisiones para diferenciar distintos aspectos *(angustia actual, automática, básica,crisis de angustia, etc.)* pero que no analizamos. Solamente haremos referencia a cinco conceptos: Angustia existencial, Neurosis de angustia, ya que es el cuadro central donde se da la angustia, que debe ser diferenciada de la angustia existencial y Angustia psicótica, que debe separarse de la neurótica y la angustia ante el bien,la acedia de la actualidad.

Antes de referirnos a la Neurosis de angustia estudiaremos la Neurastenia,dado el caracter histórico de esta Mnografía, aunque al referirnos a la creación del Psicoanálisis en la 2ª parte ya nos hemos referido aella. Haremos una breve referencia a la "Angustia vital", propuesta por López Ibor, porque además de ser un cuadro decrito

por un autor español ,se adelante años a planteamientos actuales y además ofrece datos para una novedosa interpretación de la angustia.

II.-Angustia existencial

El tema de la angustia es central en la Filosofía existencial que ha integrado esta noción en su pensamiento como no lo había hecho con anterioridad ninguna otra filosofía. Si se busca en la Filosofía anterior al existencialismo difícilmente puede encontrarse textos reveladores sobre la noción de angustia El autor decisivo en la inauguración de este tema fue Kierkegaard, pero hay que citar a Schelling como iniciador de esta corriente, aunque el autor danés lo criticara pero en el que indudablemente tuvieron en él influencias decisivas las Lecciones pronunciadas por el filósofo alemán en Berlín a las que asistió.

En muchos de sus escritos como *Temor y Temblor,* pero sobre todo en *El concepto de la angustia*, Kirkegaard se refiere a la angustia como fenómeno primordial de la existencia, que contempla como "angustia de la libertad" o pensamiento de lo porvenir, es decir, angustia de predestinación. Aunque los planteamientos de Kirkegaard estaban orientados a una reflexión religiosa , en la evolución posterior de la filosofía, aunque inspirada en su obra , desaparece básicamente toda referencia religiosa (Heidegger, Sartre, Jaspers), aunque existen matices religiosos en algunos pensadores ,singularmente Gabriel Marcel, que se refiere al hombre no "como –un-ser-para-la-muerte", como plantean prácticamente todos los existencialistas, sino como un ser "para-mas-allá-de-la-muerte".

En general la noción de angustia queda como el modo fundamental del encontrar la naturaleza "caída", el modo de estar el hombre "arrojado" *(Geworfenheit)* en el mundo quedando el "cuidado", la "preocupación" *(Sorge)* como la realidad del hombre enfrentado necesariamente a la muerte, es decir, la Nada.

La preocupación del hombre al existir entregado a las tareas de su vida y sus distracciones se traduce en un temor pasajero, pero se transforma en angustia cuando adquiere "conciencia de si" y esto hace que el hombre trate de huir de la angustia buscando una existencia

inauténtica , refugiada en los demás y renegando de sus propias decisiones; como leemos en Hamlet, "el ser conscientes nos hace a todos cobardes". Insistiendo en estas ideas, Heidegger apunta que la angustia se trata de un radical fundamental constitutivo de la existencia humana (auténtica) en cuanto angustia ante la muerte, pero interesa seguramente traer la formulación de Jaspers entre la "angustia del estar aquí" ante la anda de la muerte y la angustia existencial del hombre que intenta vivir su propio y auténtico ser, lo que le lleva a preguntarse por los modos de la responsabilidad y autenticidad.

Esta angustia, está motivada por la libertad vivida como responsabilidad ante los otros, que para Sartre pertenece a la dialéctica de nuestro proceder, siempre dentro de la libertad y la responsabilidad, porque de un lado uno debe saber que es responsable para los otros, pero por otro lado la angustia ante-la-nada se introduce en la libertad, particularmente en el momento de los motivos y la ejecución del acto.

De algún modo, la angustia existencial es un elemento común a las otras variedades de la angustia normal, pero no debe identificarse la angustia normal, ante la nada y la responsabilidad, con la *angustia neurótica*, aunque hay que admitir, sin embargo, relaciones entre ambas , en algunos aspectos. Básicamente, los temores que están en la base del modo de ser neurótico acrecientan la dificultad existencial que como hombre tiene. Pero lo que ahora nos interesa es señalar las diferencias y similitudes entre la angustia existencial y la neurótica, que fueron precisadas por López Ibor (1970) basándose en cuatro puntos: La génesis, la cualidad de la vivencia, sus consecuencias y su irrupción en la libertad.

Respecto a lo primero la angustia neurótica tiene sus raíces en el fondo endotímico-vital y no se refiere al plano existencial y en su génesis no interviene nunca la decisión del sujeto, propia de la angustia existencial, relacionada primariamente a experiencias de libertad, fidelidad y lealtad con los valores. La angustia neurótica es sistemáticamente negativa en el sentido de que quiebra la libertad del individuo, mientras que la angustia existencial es un producto de

la libre decisión. También hay diferencias en cuanto al modo de la vivencia, siendo la angustia neurótica una experiencia mas somatizada o corporal mientras que la angustia existencial se vivencia en el plano espiritual. Sin embargo, aunque sea cierto que hay diferencias entre ambas formas de experiencia, nosotros creemos que una cosa es admitir que la angustia neurótica es otra cosa que la angustia normal existencial, y otra es reconocer que en la práctica hay transiciones entre una y otra y por eso puede apreciarse que la experiencia neurótica tiene rasgos que en algunos aspectos la aproxima a la normal y tal es el concepto que V.Frankl ha desarrollado al describir la Nooneurosis (1957) como una neurotización de la angustia existencial . Dicho de otro modo, la angustia normal se agrava y adquiere especial significación en la Nooneurosis.

Heidegger (1889-1976)

Marcel (1889-1976)

La culpabilidad vista desde una perspectiva existencialista aparece cuando el hombre renuncia a realizar y desarrollar sus capacidades y, evidentemente, los sujetos con temores neuróticos , es decir con inseguridades, dudas, inferioridades inconscientes, tienen mas dificultades que el sujeto normal para la elección existencial de su proyecto de vida y la ansiedad y culpabilidad neurótica se suman a

una ansiedad como resultado de una culpabilidad ontológica que se pretende eludir sobre lo cual Medard Boss (1975) ha ofrecido penetrantes interpretaciones referentes a la relación entre ambas formas de ansiedad y culpabilidad, la normal y la neurótica, y su significación en el proceso terapéutico.

Desde una situación puramente psicológica va apuntándose hacia un aspecto típicamente espiritual, a los que se refería V.Frankl, cuando aludía que la observación clínica cuidadosa llevaba a la necesidad de indagar problemas Metafísicos, que el llamaba Metaclínicos .Tillich (1965) ha insistido en las diferencias entre la ansiedad existencial y la neurótica , la culpa existencial y la neurótica y el vacío existencial y el neurótico, pero recoge la opinión de muchos psicoterapeutas que señalan que por la acción del tratamiento "ambas formas de ansiedad pueden ser eliminadas, porque no hay entre ellas un diferencia cualitativa. Todas pueden ser tratadas como neurosis, susceptibles de curación. Ello incluye la ansiedad de tener que morir, la ansiedad de haberse tornado culpable, la ansiedad de carecer la vida de significado".

Pero si se identifican ambas ansiedades y la psicoterapia es capaz de eliminar la existencial habría entonces que admitir que la acción terapéutica es capaz de modificar la naturaleza misma del hombre, lo cual no es realista. Pero lo que se dice aquí no es que la Psicoterapia pueda ser capaz de modificar las estructuras universales de la existencia, sino que estas estructuras pueden favorecer y agravar los fenómenos neuróticos, en el sentido de que la ansiedad existencial agrava la neurótica, y solo de este modo se puede afirmar que la psicoterapia "esta en condiciones de curar trastornos que derivan de la relación entre la naturaleza esencial del hombre y su naturaleza existencial".

Dos de estas situaciones son características y agravan la neurosis: el temor a la libertad y la inseguridad en el existir. Respecto a lo primero hay que recordar que la libertad posibilita al hombre a superar el miedo al futuro para crear el auténtico mundo personal. Pero esa libertad no resulta fácil de aceptar y mucha gente abandona la posibilidad de un mundo amplio y lleno de posibilidades para refugiarse en

la prisión de su ambiente. Esto se manifiesta en la restricción neurótica de muchas formas de conducta aparentemente normales, como el conformismo y el sometimiento. En este sentido es demostrativa la investigación de Hinkle y Wolff (1957) que realizaron una amplio estudio que comprendía un grupo estadísticamente significativo de una población Norteamericana con la finalidad de establecer las relaciones entre la enfermedad, física y psiquiátrica, y las características ambientales, y encontraron a un grupo de individuos que a lo largo de su biografía no se podían evidenciar síntomas clínicos de neurosis pero que investigados de cerca revelaron que su "salud" la habían conseguido por renunciar a una vida mas valiosa por temor al fracaso en el desarrollo personal y social.

Por tanto,puede decirse, que el hombre se defiende ante la amenaza que supone la libre elección de su vida. En el proceso de la existencia el acento se pone sobre el aspecto dinámico del hombre que llega-a-ser. En consecuencia si un hombre tiene un poderoso sentido de su identidad, de la permanencia de las cosas y mismidad integral, se siente seguro, pero cuando experimenta el no-ser, se encuentra amenazado y angustiado, y se produce lo que Laing ha llamado *inseguridad ontológica*.

López-Ibor publicó en 1966 un texto titulado *Las neurosis como enfermedades del ánimo*, al que a hemos de referirnos. En él confirma y hace suya la idea de que las neurosis tienen como elemento central y fundante a la angustia. Pero lo que nos interesa ahora es que apoyado en su interpretación de los desarrollos de la filosofía de Heidegger, sostiene que la angustia es la condición que hace patente que la "existencia es como un haz luminoso recortado sobre la nada". "Este estar envuelto por la nada –agrega– constituye la experiencia fundamental de la existencia humana. A esta experiencia fundamental es a la que se llama angustia". Por lo mismo, López-Ibor deduce que la angustia está sostenida en la corporalidad, finita y caduca, aquello que nos evidencia el inevitable camino a la desaparición en la muerte. La ubicación de la angustia en la vida emocional del ser humano corresponde al estrato de los sentimientos vitales, una de las capas que

otro filósofo, Max Scheler, había establecido algunos años antes en la "tectónica" de la vida emocional.

Ahora bien, la expresión "angustia vital" que López-Ibor lanzó al ámbito psiquiátrico, emerge desde el mismo estrato en que lo hace la "tristeza vital" de la melancolía, y que es el asiento ontológico del "estado de ánimo". Si la angustia está en el fundamento de toda neurosis, entonces, al estar éstas constituidas como formas explícitas u ocultas de angustia vital, son, en definitiva, "enfermedades del ánimo". El autor español afirma también que las defensas contra la angustia vital darían origen al miedo, es decir, *la patencia de la nada surgida de la angustia, es transformada en miedo a algo que nos hace frente en el mundo.*

Para López-Ibor la distinción de la angustia normal y la patológica no queda suficientemente sostenida en estimaciones de intensidad, y aunque no lo dice, nosotros creemos que se refiere a que estas estimaciones pueden ser interpretadas justamente como la más normal de las distribuciones estadísticas. Tampoco le parece adecuado decir que la angustia normal ocurre en el plano de los sentimientos psíquicos o dirigidos, y la angustia patológica en el plano de los sentimientos vitales, puesto que la angustia, por definición es ante una "nada de cosa", y por lo mismo no puede ser intencional y dirigida como ocurre en los sentimientos psíquicos. La aparente intencionalidad de la angustia patológica, como en el caso de una fobia específica, depende de una necesidad del sujeto de determinar un peligro, y de ese modo, *hacer tolerable* la angustia. Nos parece que lo patológico en este caso es la *manera de lidiar con la angustia, y no la angustia misma*. La angustia, en sí misma, no sólo sería normal, sino además esencial a la existencia humana como tal.

Más adelante, López-Ibor se pregunta si es posible hablar de reacción adecuada en el caso de la angustia. La adecuación, requiere de dos términos, y en la angustia hay sólo uno: ella misma. Del otro lado: nada. Por ello, si la angustia no tiene un contenido concreto, no es posible entenderla "adecuadamente" ligada a situaciones o conflictos de la vida cotidiana. "Cuando se habla de la angustia del hombre moderno –puntualiza López-Ibor–, se habla de la angustia que pro-

duce el hecho mismo de existir. La angustia normal es la angustia existencial, sólo que ésta, habitualmente, no se percibe por el hombre normal. Cuando la analítica existencial –agrega– distingue entre cotidianeidad como forma de existencia, y autenticidad *existencial* que revela la angustia como estado o como crisis, alude a este proceso de mayor o menor *patentización de la angustia".*

Desde aquí, López-Ibor cree poder acercarse a una verdadera diferencia entre la angustia normal y la patológica. El sujeto normal puede experimentar miedo ante situaciones específicas y concretas. Pero, este sujeto también conoce la angustia al aproximarse más profundamente a su propia existencia, esto es, a la condición de finitud inescapable que la constituye, es decir, cuando comprende abiertamente su destinación a la muerte y la nada. Pero no sólo esto, sino también, al aproximarse al desvalimiento, a lo inabarcable e incomprensible. Lo que el enfermo experimenta, es decir, la angustia patológica, es paradójicamente, la angustia normal. "Lo que siente el enfermo –afirma– es su angustia básica, originaria, patentizada por una experiencia concreta. Es una verdadera"revelación" *(alétheia)* –subraya– del fondo angustioso del ser humano". La revelación de la situación primordial angustiosa puede hacerse por vías diversas, como son situaciones, animales, objetos, etcétera. Lo anormal entonces es, para López-Ibor, "la importancia ansiógena concedida a los objetos, seres o situaciones triviales".

III.-Neurastenia

Dado el carácter histórico de esta obra, decíamos antes, incluimos un comentario sobre la Neurastenia, debido a que su estudio dio paso a la creación por Freud de la noción de la Neurosis de angustia.

El término Neurastenia se mantiene en el CIE-10. El DSM-V no lo considera entidad nosológica independiente y lo incluye dentro del “Trastorno somatomorfo indiferenciado”. En otras clasificaciones se incluye dentro de otros trastornos de ansiedad o en cuadros de “fatiga crónica”, pero creemos que el término, Neurastenia, es expresivo y designa bien la queja esencial de los enfermos,además de tener una larga tradición histórica.

En Inglaterra, al comienzo del siglo XIX desaparece el término Neurosis, que había acuñado Cullen, y es sustituido por otros, especialmente *Irritación espinal* y *Enfermedad nerviosa refleja*. Durante un tiempo se produce un intenso debate respecto a aceptar o no el origen espinal de la antigua neurosis (*spinal diseasse*, de Payer; 1821) y se desarrollan no pocas teorías, ciertamente muy especulativas sobre este trastorno. Como consecuencia de las críticas elaboradas, sobre todo por autores alemanes (A. Mayer; 1849; E. von Leyden, 1874), la *Irritación espinal* queda como una neurosis particular; secundaria, de escasa significación clínica. Sin embargo, una subdivisión de este síndrome, la *Neurastenia* (Bread, 1868) o "Irritación espinal de forma asténica", adquirirá posteriormente una gran aceptación y será utilizada para explicar un buen número de alteraciones neuróticas.

Después de no pocas deliberaciones, por la influencia decisiva de J. Brown en Inglaterra y de Broussais en Francia, la "Irritación espinal" había quedado divida en dos formas: una "esténica" y otra "asténica", que antes de Bread se llamó "*Neurastenia espinal* y así se encuentra referida en los grandes diccionarios médicos de la época. Lo que en realidad hizo Bread fue extender el mecanismo medular al cerebro y así, durante un tiempo, en el ambiente médico británico y norteamericano se habló de "agotamiento espinal" y "agotamiento cerebral".

En realidad, Bread dio poca extensión a su concepto de Neurastenia, que de hecho lo refirió al "agotamiento" por exceso de trabajo típico del hombre medio norteamericano, pero su libro de 1880 tuvo una gran aceptación. En 1881, el también norteamericano Weir Mitchel describió una forma de "Neurastenia femenina". Pero el gran éxito de la Neurastenia se debe, sin duda, a que fue incorporada por Charcot, en 1889, en su nosología, pasando a formar parte, junto a la Histeria, de las “Grandes neurosis”.

La realidad era que bajo este término se encontraba incluido un abigarrado número de síndromes, y el cuadro adquiere precisión cuando Freud, en un trabajo fundamental, en 1895, aísla lo que llamó "Neurosis de angustia", haciendo una descripción magistral del

cuadro y señalando la significación patogenética de la angustia. Aunque al principio le adscribió una etiología sexual, sin embargo, en su importante trabajo "Inhibición, síntoma y angustia" (1929), quedó definitivamente establecido el origen psicodinámico de esta afección.

Pero para entender adecuadamente la evolución posterior de este concepto es preciso referir una historia paralela a partir de la descripción por Da Costa (1871) del "corazón irritable" que este autor hizo para referirse a ciertas quejas de soldados procedentes de los combates de la Guerra de Secesión de los EE.UU. Aunque en principio pensó en una alteración cardiaca, luego no advirtió lesiones en este órgano y atribuyó las quejas a una alteración del Sistema Nervioso Simpático. Este síndrome se había observado y se diagnosticó profusamente en la guerra franco-prusiana (1870) y en la guerra de los *bóers* (1890). Posteriormente se incluyó en la Neurastenia y, ya hemos dicho que Freud delimitó el cuadro adscribiéndole una génesis psicológica centrada en la angustia.

Esta es la razón de que, en la actualidad, en muchas clasificaciones, más precisamente en el DSM-IV; no se mencione el término Neurastenia, y que el cuadro se haya diluido entre otros síndromes afectivos.

A pesar de la investigación de Freud y de la amplia aceptación de sus postulados, los psiquiatras militares mantuvieron una noción análoga a la de Da Costa y hablaron de "hiperfuncionalismo cardíaco" durante la primera Guerra Mundial. Sir Thomas Lewis, en 1918, acuñó el término de "síndrome de esfuerzo" y un colaborador suyo, Oppemheimer; se refiere a lo mismo como "Astenia neurocirculatoria". Todos estos autores siguen insistiendo en la importancia del esfuerzo, de hecho fatiga, debida a las especiales condiciones del soldado durante la contienda.

En la segunda Guerra Mundial la fatiga se dio con gran frecuencia, pero fueron precisándose una serie de cuestiones relacionadas con los mecanismos etiopatogenéticos. Hochrein y Schleicher (1944), que estudiaron minuciosamente el problema de la fatiga, observaron que entre los síntomas ocupaban un primer plano los trastornos neuro-

circulatorios, pero señalaron que lo que sucedía era que las reacciones circulatorias estaban "desbordadas" *(Uberchissende)* y que en un estado más avanzado aparecían reacciones paradójicas, por ejemplo, un estímulo térmico producía siempre vasoconstricción, tanto si era frío o caliente. Lo que esto quiere decir es que el fatigado lo que tiene es un trabajo no económico y que no es por disminución de las fuentes de energía por lo que aparecen los síntomas, sino que lo que se da es un estado de sobreexcitación y se regulan mal los mecanismos neurofisiológicos.

Pero hay que decir que la alteración del complejo neurocirculatorio observado sistemáticamente desde Da Costa es expresión, no causa del cuadro clínico y es el trastorno afectivo (ansiedad y depresión), el elemento esencial. López Ibor (1950), refiere que en el Hospital General de Massachusset, durante la segunda contienda mundial se estudió un amplio grupo de fatigados y fue el diagnóstico de neurosis de ansiedad el más habitual, lo que lleva a dirigir la atención a la emoción como la estructura implicada en la génesis de este síndrome.

Quizás uno de los estudios más importantes realizados con las tropas en combate lo han realizado Grinker y Spielgel (1946), y entre otras cuestiones interesa destacar que el material analizado por ellos se refiere a pilotos de combate, una tropa seleccionada desde todos los puntos de vista, pero a los que, las características de la guerra moderna evita, precisamente, los sufrimientos físicos que se dan en otras tropas.

Estos autores describen magistralmente los conflictos y tensiones afectivas de estos combatientes, que al sucederse los traumatismos psíquicos, el "ego" va perdiendo poco a poco su fuerza inhibidora y la ansiedad domina cada vez más y acaba convirtiéndose en una energía ingobernable que desintegra la función del Yo. Por consiguiente, la ansiedad pasa de un estadio en que constituye una respuesta biológica, con la finalidad de mantener al organismo alerta y preparado para la huida y defensa, a transformarse en una fuerza patológica autodestructora.

Grinker y Spiegel piensan que los mecanismos por ellos descritos en principio parecen adecuados para graves traumatismos psíquicos, pero que ellos sirven también para explicar qué ocurre en la vida normal, porque escriben "las reacciones neuróticas que presentan los aviadores al reiterado trauma psíquico, son las mismas que puede ofrecer cualquier otro hombre en la lucha con la dura realidad, pero vistas bajo una lente de fuerte aumento". Estos pacientes de la vida cotidiana, siempre fatigados, de los cuales Walter Álvarez (1940) hizo una descripción magistral, con su constante caminar de una clínica a otra sin poder sacudirse de encima su congoja, son los pacientes a los que cuadra el diagnóstico de Neurastenia.

Se han hecho muchas descripciones de este síndrome, pero nosotros preferimos referir lo que dice la CIE-l0: Después de advertir que hay notables variaciones culturales, se señala que hay dos tipos clínicos principales, que se solapan entre sí. Uno centrado en sensación de cansancio y disminución del rendimiento laboral o de las tareas cotidianas, tras algún esfuerzo mental, añadiéndose dificultad de concentración y otro en que el acento recae en la sensación de debilidad y agotamiento físico y dificultad para relajarse. En ambos tipos se dan siempre síntomas desagradables como vértigo, cefaleas, sensación de debilidad general. Preocupaciones por su malestar físico y mental, irritabilidad, anhedonia y síntomas de ansiedad y depresión. Hay, en general, dificultades en conciliar el sueño, pero también somnolencia.

Los estudios de los psicoanalistas (Alexanter; Portis, McCulloch, Carízon, etc.) han mostrado que estos pacientes adolecen de falta de ilusión, o renuncia de alcanzar la meta anhelada, un hecho del que frecuentemente no son conscientes estos enfermos. Pero en los últimos años se han descrito pacientes que literalmente no pueden vivir, están apáticos, sin ilusión, porque la vida carece de sentido para ellos, un síndrome extremadamente frecuente hoy, especialmente entre los jóvenes, y que está en la base de muchas conductas de adicción y suicidio y que han sido descritos con diferentes términos: "Nooneurosis" (Frankl, 1955); "Fatiga mental" (Barcia, 1960) "Inseguridad ontológica" (Laing, 1965); "Neurosis existencial"(von Gebsattel, 1966)

La neurastenia es un cuadro frecuente, aunque no se conoce bien su incidencia debido especialmente, a que, como decimos, no es un síndrome aceptado universalmente. El estudio Internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1995) estima una prevalencia de 1.7%, en casos en que se diagnostica de forma clínica independiente y la cifra aumenta al 5.4% como forma comórbida con depresión o ansiedad. Es un cuadro que ocurre en pacientes jóvenes.

La CIE-10 señala que para establecer un diagnóstico definitivo se requiere la presencia de:

1.-Quejas continuas de un molesto cansancio progresivo tras un esfuerzo mental o quejas continuas de una molesta debilidad física y agotamiento tras esfuerzos mínimos.

2-Dos o más de las siguientes: a) Sensación de dolor y molestias musculares, b) mareos, c) cefaleas de tensión, d) trastornos de sueño, e)incapacidad para relajarse, f) irritabilidad o g) dispepsia

3.-Además, si estuvieran presentes síntomas vegetativos o depresivos, no serían lo suficientemente persistentes o graves como para satisfacer las pautas de uno de los trastornos específicos de esta clasificación

Hay que insistir que en muchos países la neurastenia no es una categoría diagnóstica y los pacientes que satisfacen los criterios señalados se diagnostican de ansiedad y depresión. Pero hay enfermos que entran mejor en este cuadro, en que lo decisivo es la fatigabilidad y debilidad, junto a la preocupación por disminución del rendimiento mental y físico, en contraste con los trastornos somatofomos en donde domina el cuadro la preocupación por las quejas corporales y la enfermedad somática.

La CIE-10 señala que debe diagnosticarse síndrome neurasteniforme si este aparece como consecuencia de una enfermedad somática, especialmente ciertas infecciones, como gripe, hepatitis vírica o mononucleosis infecciosa, un hecho sobre el que había insistido Bonhoeffer (1913).

La CIE-10 incluye en el síndrome neurasteniforme el de Fatiga crónica, un cuadro aislado en 1988 por los *Center for Disease Cotnrol* (CDC) , con los criterios de Holmes. El cuadro se caracteriza esencialmente por fatiga grave incapacitante, trastornos de sueño y de concentración .

La fatiga aumenta tanto con los esfuerzos psíquicos como con los físicos. Los enfermos señalan que no se trata de una fatiga "normal" y la experimentan a raíz de actividades que no esperaban fueran seguidos de ella.

Además de la fatiga que es el síntoma central se añaden otros muchos síntomas: cefaleas, dolores musculares y articulares, depresión, alteración del equilibrio, visión borrosa, insomnio, etc. Pueden observarse alteraciones objetivas como faringitis, adenopatías, febrícula y nystagmus, que algunos autores señalan que están presentes frecuentemente, aunque, sin embargo, otros solo lo aprecian en un 2% de los casos (Lane *et al* (1991).

Es más frecuente entre las mujeres jóvenes, entre 20 y 40 años y tiende a la cronicidad. Se observan oscilaciones pero hay tendencia a la recidiva. Aunque no es una enfermedad mortal, sin embargo, hay una alta incidencia de suicidios, lo que obliga a una atención especial

El diagnóstico de fatiga crónica tiende a ser estable. Una revisión de estudios sobre este síndrome (Wessely et al, 1999) indica que solo el 5% de los enfermos desarrollaron otros diagnósticos.

Se desconoce la causa, pero se han citado como lo más probable infecciones virales, pero también factores psicológicos y personales en el sentido de mayor vulnerabilidad al estrés. También se ha pensado en depresión.

IV.-Neurosis de Angustia.

Aunque existen diversa formas de angustia, la angustia psicopatológica cien por cien es la *angustia neurótica*.

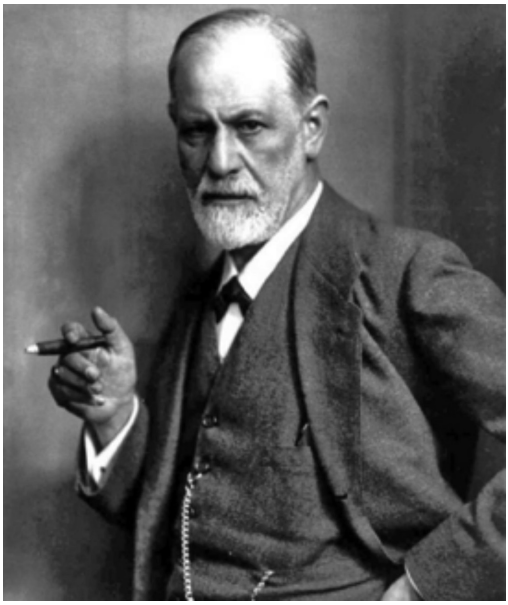
Singer ha mostrado (cfr.*L'anxieté dans les conceptions psycho-dinamiques*, 1977), que la angustia neurótica ha sido considerada por Freud, sucesivamente, de tres maneras diferentes: Como angustia

sexual, como represión sexual y como amenaza al Yo desde por las pulsiones del Ello o por lo conflictos de este con el Super-Yo .

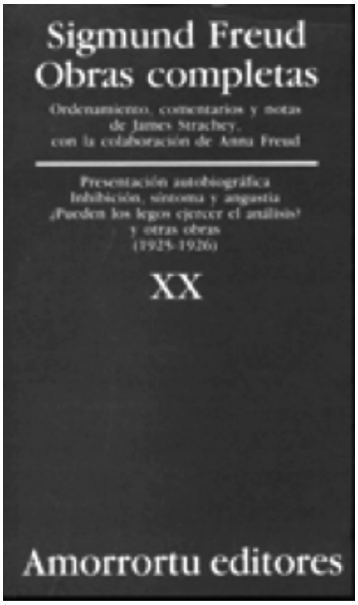
Desde 1893 Freud estuvo preocupado por el origen de la angustia y de sus relaciones con la excitación sexual y la libido, lo cual aparece manifestado en su correspondencia con Fliess, tema que trató sistemáticamente en 1895 cuando describe la *Neurosis de angustia (cfr .Sobre la justificación de separar de la neurastenia cierto complejo de síntomas como "Neurosis de angustia").*De este modo, desde el punto de vista nosológico, aísla un cuadro, pero que se centra en torno al "Síntoma fundamental de la angustia".

Sobre una base de "excitación general" distingue varias formas: angustia crónica y expectante, crisis de angustia pura, acompañadas o no de síntomas físicos, angustia fóbica, etc. Freud relaciona la Neurosis de angustia con etiología específicas, cuyos factores mas corriente son: 1.-Acumulación de la tensión sexual; 2.- Ausencia o insuficiencia de "elaboración psíquica" de la excitación sexual somática, que no puede transformarse en "libido psíquica", y en esta situación la excitación sexual no controlada deriva directamente hacia el plano somático en forma de angustia .

En 1989 Freud tendía a admitir únicamente un origen psíquico de todos los síntomas de la histeria , pero luego se centró en excitaciones sexuales, que tienen orígenes distintos: angustia de las vírgenes, de la abstinencia sexual , del *coitus interruptus,* etc. Desde de 1909, a partir de haber descrito la *Histeria de angustia*, considera la angustia como resultado de la represión de la pulsión sexual en el inconsciente. Señaló los puntos de contacto que ofrecen las sintomatologías de la Histeria y la neurosis de angustia y, hasta cierto punto, los mecanismos comunes. En ambos casos, señala Freud, se produce una especie de "conversión", pero ,con todo, en la Histeria, es una excitación psíquica la que toma una falsa vía exclusivamente hacia lo somático, mientras que en la Neurosis de angustia lo que existe es una tensión *física*, que no puede pasar a lo *psíquico*, por lo que permanece entonces en una vía física, pero ambos procesos, dice Freud, se asocian con frecuencia.



S.Freud (1856-1930)



Inibición,síntoma y angustia

A pesar de lo anterior, es decir, lo que pudiera haber de psíquico en las condiciones de aparición de la neurosis de angustia, subrayando su afinidad con la Histeria, mantuvo , sin embargo, siempre la especificidad de la neurosis de angustia. En 1926 elaboró en *Inhibición, Síntoma y Angustia*, su última concepción en donde la angustia neurótica aparece como reacción del Yo ante las amenazas del Ello y el Super-Yo.

A final de su vida señaló que todas las teorías por él elaboradas eran insuficientes y no plenamente satisfactorias por lo que el tema quedaba abierto. De todos modos, las sucesivas explicaciones de Freud sobre la angustia neurótica no encierran contradicciones y lo cierto es que Freud elaboró una concepción dual de las neurosis , que dejan deslindadas las neurosis verdaderas de las psiconeurosis , y ofreció en principio dos clases de *angustia neurótica*. Por un lado la angustia que formaría el núcleo básico de la neurosis de angustia, la modalidad de las neurosis verdaderas mas representativa, tomando,

dice en una ocasión Freud, la noción de Neurosis, en su "primer sentido de perturbación del funcionamiento del sistema nervioso", que estaría constituida por una energía displacentera, amenazadora ,carente de objeto y meta, flotante y errabunda, procedente de una energía sexual insatisfecha y, por otro lado, a partir de la descripción de la Histeria de angustia, hoy *Neurosis fóbica*, uno de los tipos de neurosis mas importante, que provendría de encontrarse el Yo en fuerte amenazada y riesgo ante las enérgicas pulsiones del Ello, remontándose su procedencia a los complejos de Edipo y de Castración. Este origen psicodinámico sugerido por Freud para la Neurosis fóbica se ha transferido como válido para la angustia *fóbica sensu stricto*, es decir, la angustia nuclear de los cuadros clínicos alojados como *Neurosis de angustia.*

Las experiencias generadoras de la ansiedad son siempre ,por lo tanto, temores del Yo a situaciones de peligro, pero que pueden ser ordenadas en un *continuum* desde el nacimiento y que se manifiestan por distintos tipos de ansiedad (Coderch,1979); Nemiah (1982):

1.-*Ansiedad impulsiva* o del Ello, que se corresponde con las primeras experiencias infantiles. Los pacientes expresan temor a actuar desordenadamente de forma irracional: tiene temor a enloquecer.

2.-*Ansiedad de separación*, que aparece en individuos mas desarrollados, en fases preedípicas y que expresa el temor de la pérdida del amor o el abandono de los padres. Esta ansiedad en el adulto expresa la anticipación temerosa a la pérdida de alguna relación humana importante.

3.-*Ansiedad de castración*. Representa la situación típicamente edípica. En el adulto expresa el temor a las lesiones corporales o algún tipo de limitación de capacidades personales.

4.-Finalmente, *ansiedad del Super-Yo*, que revela la superación del Complejo de Edipo. En el adulto muestra el sentimiento normal de la culpa ante una mala acción. Y esta última es la que se entronca fácilmente con aspectos de la angustia existencial ,porque de mecanismos y aspectos típicamente psicológicos la ansiedad empieza a relacionarse con situaciones existenciales que apuntan al deber y a

la responsabilidad, en definitiva con el tema de la *culpabilidad*., una angustia por tanto que tiene muchos puntos de contacto con la "angustia existencial", que antes hemos comentado.

V.-Angustia psicótica.

Entre las psicosis, dejando de lado la ansiedad que acompaña a la depresión, trastorno que en la actualidad no suele calificarse de "psicosis", la experiencia de ansiedad aparece en relación con episodios agudos y es característica de las *Psicosis cicloides* y mas precisamente de la forma aislada por Leonhard, como *Psicosis de angustia y felicidad (Glück-Angst Psychosen)*, que comentamos en el apartado siguiente.

Frente a la frecuencia de experiencias ansiosas de las Psicosis cicloides en la Esquizofrenia procesual, solo al comienzo de brote es cuando puede verse estados de angustia. Lo característico en el inicio del brote exquizofrénico es que el enfermo viva una experiencia original que ha sido descrita con muchos nombres (humor esquizósico, trema, etc.) que se caracteriza por una vivencia cargada de perplejidad, confusión y sensación de peligro, que parece cernirse sobre la mismidad o el Yo del sujeto, dando lugar a un especial estado de angustia psicótica, de incertidumbre, intranquilidad e inquietud.. Lo característico es que en la esquizofrenia la angustia surge ante la vivencia de la amenaza del Yo, mientras que en las otras formas de angustia en Yo es espectador de sus vivencias y lo anterior es lo que hace difícil captar y describir esta experiencia que está ,dice K.Schneider, "caracterizada por una numinosidad de una clase especial" .

Kraepelin había destacado en la Demencia precoz el embotamiento afectivo y Bleuler había señalado que "en las formas francas de Esquizofrenia el "deterioro emocional ocupa el primer plano del cuadro clínico y se sabe... que una psicosis aguda curable se convierte en crónica cuando comienzan a desaparecer las emociones". Es decir, cuando la esquizofrenia se ha establecido crónicamente , es entonces difícil de reconocer en ella las emociones y, por lo tanto, la presencia de auténticas crisis de angustia, que se observa solo al principio , un hecho destacado por ejemplo por Bumke que destaca el hecho de la

iniciación del cuadro por medio de "síntomas vertiginosos de angustia grave".

Por lo general la "angustia psicótica esquizofrénica" es frecuentemente poco habitual y mal expresada, se observa una emoción profunda y fría, "desrealizada" . Las características vivencia de extrañeza y de disgregación de las facultades y la aparición de sentimientos de influencia , dan a veces lugar a una angustia profunda, con frecuencia muy impulsiva, dramatizada por la ambivalencia y que puede estar en la base de conductas suicidas, relativamente frecuentes al comienzo de la enfermedad.

Hay que distinguir radicalmente de esta ansiedad de apariencia pseudo-ansiosa que presenta a estos mismos enfermos, el manierismo (mímica pseudo-dolorosa de Morel), particularmente en las formas pseudocatatónicas (Kalhbaum).En los delirantes crónicos , la ansiedad aparece condicionada a las neoproducciones mentales: ansiedad del alucinado o del delirante de influencia de sus vivencias de persecución y dominio , o del enfermo con delirios de interpretación ante los complots o amenazas de la que se siente objeto. El raptus ansioso panofóbico es motivo de reacciones graves. Fugas, suicidio, crímenes.

VI.- Psicosis de Angustia-felicidad.

Bajo la denominación de *Psicosis de Angustia-felicidad (Glück-Angast Psychosen),* Leonhard agrupa una serie de cuadros descritos por otros autores como formas independientes. Así Wernicke había descrito magistralmente la *Psicosis de angustia* y la *Autopsicosis expansiva con ideas autóctonas*, a partir de la cual Kleist elaboró la *Psicosis de revelación o intuitiva (Eigebungspsichosen)*, que incluyó entre las psicosis paranoides de su nosología, que se caracteriza por un ánimo extático , que muchas veces se diagnostica equivocadamente de esquizofeenia. Leonhard vio estas dos formas , la de revelación , con su manifestación tendente al éxtasis y la de felicidad, y la psicosis de angustia de Wernicke, con su animo intensamente ansioso, como dos manifestaciones correspondientes a un mismo cuadro: la psicosis de

angustia-felicidad. Esta forma es uno de los tipos fundamentales de las Psicosis cicloides .

K.Leonhard (1904-1988)

En esta psicosis, la *ansiedad* que es uno de los síntomas que se observa más frecuentemente (Perris, 1974) , no suele darse en forma "pura" y es abitual que aparezca junto a ideas de referencia, dando lugar a un cuadro de *angustia desconfiada* (Leonhard, 1956), cursando con ideas de autoreferencia, frecuentemente complicado con pseudopercepciones. Así, los enfermos creen que son espiados, que los vigilan, temen ser castigados, etc. Es frecuente se complique con ideas hipocondríacas , con sensación de malestar físico y, no es raro, que el paciente esté intranquilo, quejándose a veces con gritos, que realice intentos de fuga y, en general, viviendo su situación con intenso terror.

La angustia suele ser fluctuante (Wernicke) , es decir que varía en su intensidad de un momento a otro de su enfermedad, pero también que cambie a la experiencia contraria y que el paciente experimente una sensación de felicidad intensa, verdadera experiencia de éxtasis *(Glückrausch)* que puede ser de felicidad plena. Un analisis superficial

puede llevar al diagnóstico equivocado de Manía. Frente a la experiencia del maníaco asociada frecuentemente con intranquilidad motora , la experiencia de felicidad en estos pacientes cicloides, es calmada y plancentera (Mayor.Gross, Rümcke, Anderson, Perris, etc).

No es infrecuente que el sentimiento de felicidad de estos enfermos se acompañe de una sensación de contacto con Dios, llegándose a verdaderas experiencias de iluminación y de éxtasis pseudomístico, lo que constituye el centro de las Psicosis de inspiración". Lo pacientes viven estas experiencias como "revelaciones". Los enfermos se sienten profetas, redentores , caudillos y sienten que pueden ayudar a los demás. Proclaman sus ideas con entusiasmo, hablan de forma patética y se sienten impulsados a grandes obras.

Un hecho notable , que había sido señalado por Vaillant (1964) es que estos enfermos sienten una pronunciada preocupación por la muerte (Perris, 1974). La manifestación mas común consiste en rumiaciones sobre la muerte sin ideas de suicidio, delirios sobre la muerte de parientes o, en casos extremos, experiencias alucinatorias visuales referentes a la visión de cuerpos muertos. Las experiencias alucinatorias son frecuentes y, en general, estructuradas con el cuadro alucinatorio -confusional o con las experiencias de éxtasis que acabamos de comentar (Leonhard, 1956). Aunque pueden darse todas las formas posibles, seguramente las mas frecuentes son las alucinaciones auditivas (Perris, 1974), pero son las visuales las mas características (Barcia 1963, Barcia, 1984).

VII-Angustia vital.

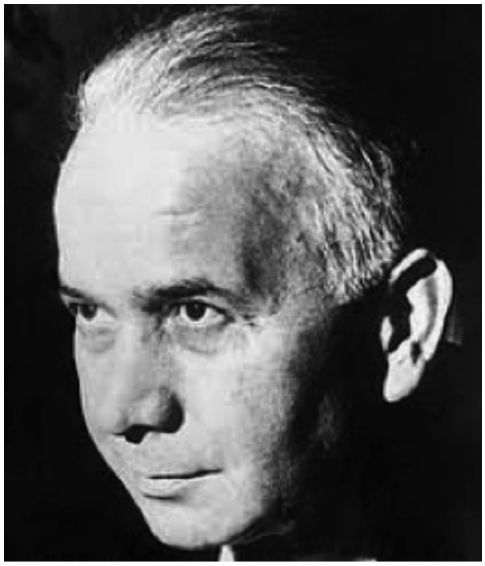
Entre los años 1943-1945, López Ibor redactó una Monografía, *Timopatía ansiosa* que por una serie de circunstancias no publicó hasta 1950. Los hechos esenciales del cuadro por el descrito eran: Desde el punto de vista sintomatológico los hechos coincidian con la descripción de Freud de la *Neurosis de angustia*; el curso era fásico y cambiante;no motivación de los episodios y respuestas a la terapéutica biológica.

Este cuadro coincide en lo esencial con la descripción de las crisis de pánico *(panic disorder)* por los autores norteamericanos y consi-

derados como entidad independiente por Spitzer, Endicot y Robins (1975) y posteriormente incluidos como tales en el DSM-III (1977).

En 1982, Sheehan, basándose principalmente en consideraciones terapéuticas señaló que las crisis de pánico tenían un origen endógeno y, propuso, en consecuencia, separar dos grupos de Trastorno de ansiedad, los endógenos y los exógenos. En consecuencia los autores nortemericanos en lo esencial reprodujeron la descripción de López Ibor, pero ignoraron uno de los hechos esenciales y centrales de la tesis de este autor, el hecho de mostrar que la angustia era expresión de un trastorno de la vitalidad, por lo propone el término de *angustia vital*. En la caracterización de la *vitalidad*.

López Ibor recurre a la formulación y análisis de los Sentimientos realizada por Max Sheler. que moviéndose en la mas pura descripción fenomenológica, mostró que la vida sentimental aparece a nuestra introspección, estratificada o jerarquizada en cuatro estratos: los sentimientos sensoriales, vitales, anímicos y espirituales.



Juan José López Ibor (1906-11991)

Desde el punto de vista psicopatológico interesan los sentimientos vitales y los anímicos y siguiendo esta distinción K.Schneider caracterizó las dos grandes cuadros depresivos aceptados en ese momento en función de los sentimientos afectado: la Depresión reactiva , caracterizada por la alteración de los sentimientos anímicos y a Depresión endógena, por perturbación de los sentimientos vitales, por lo que propuso para esta forma el nombre de *Depresión vital* .

De modo paralelo, López Ibor distinguió la angustia reactiva de la *angustia vital*, y debido a que la Depresión endógena y la Timopatía ansiosa, son cuadros anclados en la vitalidad , López Ibor ha mostrado la ligazón de estos cuadros dentro de lo que ha llamado el Circulo timopático , al que pertenecen otros cuadros descritos por otros autores.

VIII.-Las Neurosis como enfermedades del ánimo.

A partir de la descripción de la *Timopatía ansiosa*, la experiencia clínica llevó a López Ibor a pensar que en el fondo de toda neurosis había una infraestructura común: la alteración del ánimo que es, dice, equivalente a la vitalidad. El ánimo es el elemento vivencial del fondo endotímico, lo que hace que nos encontremos de alguna manera a gusto o a disgusto, alegres o tristes. «*Tener ánimo» significa en castellano, ser valiente o ser capaz de resistir al infortunio, y se refiere a la totalidad de la vida psíquica. No es lo noético ni lo instintivo, sino el núcleo de la vitalidad"*.

López Ibor piensa como Freud que el auténtico radical de la neurosis es siempre un conflicto angustioso, pero se separa del fundador del psicoanálisis al entender que la angustia no es expresión de un conflicto instintivo, sino que emerge de la vitalidad. «*La angustia real* –escribe López Ibor– *es la angustia vital, la que tiene el hombre en tanto que ser vivo*».

Esta tesis de López Ibor significa una corrección a la de Freud, respecto al origen de la angustia, pero como el fundador del Psicoanálisis, la mantiene como elemento básico y ordenador de las neurosis, y este hecho, poder tener un elemento ordenador de la patología,

significa desde el punto de vista de la teoría de la ciencia un claro avance respecto a las tendencias clasificatorias actuales.

Desde el punto de vista epistemológico, los criterios puramente descriptivos de la realidad sólo permiten clasificar, es decir, agrupar los fenómenos por sus semejanzas y separar así unos grupos de otros, es decir, con ello sólo es posible establecer «relaciones de clase», lo que significa mantenerse en un plano todavía precientífico. Lo que la ciencia pretende es establecer «relaciones de equivalencia», es decir, establecer modelos explicativos de validez lo más general posible. Las tesis de Freud y López Ibor consiguen esto.

En un trabajo anterior (Barcia, 1987) pude mostrar que al suprimirse las tesis freudianas, la nosología de las clasificaciones actuales, las del DSM III y DSM-IV lo que han hecho es volver a la que existía antes de la investigación de Freud, el cual había podido ordenar las neurosis desde su modelo psicoanalítico. Ahora otra vez con la tesis de López Ibor esto es posible para todas las manifestaciones neuróticas y los cuadros de la patología afectiva.

La tesis de López Ibor, decíamos antes, es que la angustia primaria, que es el elemento básico de todas las neurosis, pertenece al estrato de los sentimientos vitales, es decir, al Yo corporalmente encarna. Y aquí se advierte otro hecho enriquecedor que mejora los planteamientos de Freud.

La historia clínica de un neurótico no puede ser hecha ignorando la historia personal, que comprende no sólo la de los sucesos de su vida, lo que puede llamarse «historia externa», sino también lo que podemos designar como «intrahistoria». Y ahí, en la intrahistoria, es donde se descubre el sentido de los síntomas, que fue, dice López Ibor, el gran descubrimiento de Freud. Pero López Ibor añade que es preciso advertir que la vida psíquica es vida encarnada y, por esta razón: escribe «*en la génesis de las neurosis es esencial el problema de la somatización*».

El análisis biográfico sigue siendo, por lo tanto, esencial para entender las neurosis. Pero en toda biografía hay confluencia de dos historias: la del desarrollo histórico-vital, lo que hemos llamado «in-

trahistoria», y la del acontecer biológico. Y esto último no ha sido tomado en consideración por Freud. López Ibor se pregunta qué cosa es lo que hace avanzar la vida y la respuesta está en que esta fuerza radica en la propia naturaleza del ser, en su physis, en el sentido originario de la palabra. «*La raíz de physis* -ha escrito López Ibor- *es la misma de natura. El verdadero nascere, significa el nacimiento de los seres vivientes. Nacer, engendrar, formar*».

Así pues, tenemos que la patobiografía humana se desarrolla en acontecimientos histórico vitales, lo que se reconoce en las «primeras vivencias», «en las crisis», en «el desarrollo de la personalidad», etc., pero también en categorías biológicas, lo que se manifiesta en las peculiaridades de las distintas edades, en las series típicas del curso, en las fases, etc. Y todo esto debe ser reconocido en las neurosis, porque en toda neurosis hay siempre una psicogénesis, pero también una fisiogénesis, y esto último fue lo que enseñó López Ibor, y por eso su tesis nos parece que mejora considerablemente los planteamientos del psicoanálisis.

El ánima y el animo

Si recapitulamos sobre lo escrito, tenemos que López Ibor, por medio del análisis de los cuadros patológicos descubre, en primer lugar, que el hombre está básicamente constituido por tres capas o estructuras: la somática, la vital y la noética, pero importa en que muestra la significación que para los cuadros de angustia tienen las modificaciones de la vitalidad. Pero además, en un segundo momento de su investigación, enseña que la capa vital es básica para entender la biografía, porque en ella está precisamente la fuerza que lleva a la realización de la vida.

Pero esto último, aunque decimos que mejora claramente las tesis de Freud, y además ayuda a entender hechos que difícilmente pueden ser explicados desde el modelo psicodinámico, como por ejemplo, la eficacia terapéutica de los tratamientos biológicos, en algunos aspectos, sin embargo, parece en principio asemejarse al psicoanálisis en la primacía que parece darse a la condición biológica del ser humano. *"El principio originario de la conducta humana está en la naturaleza»,*

ha dicho el psicoanálisis. Pero el psicoanálisis redujo la naturaleza al instinto y, ahora López Ibor advierte que a nivel de los instintos todos los seres humanos se parecen entre sí y es precisamente lo que los diferencia lo espiritual no instintivo.

López Ibor refiere que en alguna ocasión se preguntó si lo mas profundo del hombre es el Ello, como enseña el psicoanálisis, y el Yo y el Super-Yo, en cuanto derivados del Ello. Pero advierte que en el Ello hay mucho de cosmos, de *physis* y, por lo tanto, de indiferenciación. Lo que el hombre hace es extraer su singularidad, su originalidad de esos grandes hondanares del anonimato, que son el Ello y el Super-Yo. Y para ello dispone el hombre de algo que también está en la profundidad del ser, que es el anima. *"Lo que se halla en la profundidad de la persona, o mejor lo que constituye el centro personal* –escribe López Ibor– *es lo que podríamos llamar la zona de contacto entre el ánima y el ánimo*», dos términos que no tienen la misma significación que en Jung, sino que López Ibor les devuelve el sentido original.

El ánima es el centro de las cosas, recordemos, por ejemplo, el alma del cañón, y el ánimo es heredero del ánima en cuanto instancia significante del cuerpo. Lo hemos visto antes, el ánimo es lo que empuja. Hay que tener ánimo para vivir.

Pero interesa decir que no se borran los límites entre el ánima y el ánimo. El hombre tiene interioridad, lo que quiere decir que existe una distancia entre su centro personal y el mundo que le rodea. Pero esa distancia existe también en su interior y esta dimensión interna la establece la distancia entre el ánimo y el ánima, lo cual es esencial para la estructura de la intimidad humana y para entender la conducta del hombre.

El ánimo, decíamos antes, es lo que da el tono a la vida y tiene influencias externas, pero también autodeterminación, es lo que explica que, por ejemplo, existan variaciones normales y patológicas del ánimo sin motivación externa. Pero precisamente por esa distancia entre el ánima y el ánimo, las modificaciones de ese tono son sentidas. Por eso decimos que se trata de un encontrarse y por eso también podemos mantenernos a distancia del dolor y el sufrimiento, y finalmente

también es lo que justifica que la estructura humana aparezca como una estructura abierta, y en eso radica el hecho de la libertad humana y el problema de la ética y la trascendencia, temas de los que también se ocupó López Ibor. Esta independencia del ánima es lo hace que la vida del hombre no esté necesariamente sometida a los vaivenes de su naturaleza.

LA PSIQUIATRÍA, EN BUSCA DEL TIEMPO PERDIDO

Antonio Colodrón Álvarez
Madrid

En 1927 se concedió el Premio Nobel, por primera y única vez, a un médico psiquiatra: Julius von Wagner-Jauregg. Tuvo la idea de inyectar a ciertos enfermos mentales sangre procedente de otros enfermos que padecian malaria. Wagner-Jauregg midió mucho el alcance de su decisión. Pero había observado y comparado. La lúes cerebral causaba, por entonces, estragos y Wagner-Jauregg admitió que enfermos con parálisis progresiva, enfermedad mental metaluética, mejoraban, a veces, tras padecer una afección febril. Wagner-Jauregg inoculó el agente productor del paludismo a un grupo de paralíticos generales. Fue el suyo el primer éxito en el tratamiento de una enfermedad mental terrible hasta entonces. Más tarde, la penicilina desplazó a la malarioterapia. Pero, durante casi medio siglo, muchos enfermos se beneficiaron de aquella actuación. Wagner-Jauregg descorrió el pestillo de la puerta del manicomio. Nunca se ha explicado el efecto saludable de la malarioterapia.

Poco después, Manfred Sakel descubrió, al tratar a toxicómanos mediante dosis elevadas de insulina, que, si se administraban dosis excesivas y, por error, se producían comas, mejoraban sorprendentemente algunos enfermos psicóticos severos. Sakel observó, comparó y decidió provocar aquellos estados de coma. Tardó más de una década en publicar los resultados, que, verificados en miles de enfermos,

desencadenaron una oleada de entusiasmo terapéutico. Sakel dio un primer empujón a la puerta, ya desatrancada. Nadie ha explicado, tampoco, a qué se debe la acción de la insulinoterapia.

Por los mismos años, Von Meduna, partiendo de la suposición, hoy tenida por errónea, de una incompatibilidad entre esquizofrenia y epilepsia, inició la terapéutica por el choque con alcanfor. Von Meduna, equivocado en cuanto a sus presupuestos teóricos, observó, comparó y decidió provocar crisis epilépticas a los pacientes esquizofrénicos. Y muchos mejoraron como nunca antes. Todavía no se ha aclarado el porqué.

Un psiquiatra italiano, Cerletti, decidió sustituir los medios químicos utilizados para provocar crisis convulsivas por una breve descarga eléctrica sobre el cerebro, proceder mas cuantificable, más seguro y, sobre todo, menos terrorífico. La eficacia y la sencillez impusieron la nueva técnica. Sin duda se abusó de ella, pero, entre otros beneficios, el suicidio dejó de ser final común de los cursos depresivos.

Doblando la mitad de nuestro siglo, un anestesista francés, Laborit, buscaba nuevos fármacos con que reducir la respuesta del paciente frente a la agresión de las grandes intervenciones quirúrgicas. Al utilizar cloropromazina, observó notables cambios en los comportamientos. Dos psiquiatras, Delay y Deniker, se interesaron en esos curiosos cambios. Observaron, compararon y decidieron emplear la cloropromazina en pacientes esquizofrénicos. Fue el comienzo de una nueva era para la psiquiatría. Las puertas del manicomio, a veces, por desgracia, aún giratorias, se abrieron para siempre. Los manicomios desaparecerán y no por otras razones que las de su inutilidad.

Los nuevos fármacos modulan la actividad metabólica alterada en los psicóticos y disminuyen la reactividad funcional neurótica y energosomática. Y, más importante si cabe, unen a su formidable poder terapéutico la notabilidad de descubrir un camino para el conocimiento de los trastornos bioquímicos subyacentes en los grandes trastornos mentales.

La psiquiatría, que tantas piruetas dio, nunca perdió del todo la senda común de la medicina ya ella vuelve en busca de más seguro

caminar. Los gritos primordiales, las transacciones OK, los traumas dolorosos, los entrenamientos de la sensibilidad, todas, en fin, las incontables formas de pagar la escucha, en grupo o individualizada, bien están. Cada uno es muy dueño de hacer de su capa un sayo. Pero la psiquiatría poco tiene con ellas en común. Demos al César lo que es del César. Entrenar ejecutivos o hacer conjeturas sobre los comportamientos en la alcoba dista mucho de tratar delirantes, depresivos, neuróticos o enfermedades de desregulación, por mucho que, en sus extremos, la anormalidad se difumine en la cordura y los límites funcionales de un sistema se sitúen lejos de lo que suponemos márgenes de reversibilidad.

La medicina, y la psiquiatría en ella, son un saber empírico. Los ejemplos citados, si bien con distinta transcendencia, producen un modelo común. Sus protagonistas observaron, compararon y obraron en razón de un objetivo primordial: combatir un proceso patológico conocido por algunas de sus manifestaciones; como hizo Semmelweis, al observar que las manos de los obstetras vehiculaban las infecciones: obligó a todos los médicos a lavarse las manos antes de asistir los partos y asestó el primer golpe a la sepsis puerperal. Como hizo Lister, al utilizar el ácido fénico sobre las heridas quirúrgicas porque había visto usarlo para evitar la fetidez de los albañiles: posibilitó la cirugía moderna. Como hizo Jenner; tras observar que las ordeñadoras de vacas padecían una forma de viruela menor y quedaban inmunes frente a la gran enfermedad, decidió inocular a un muchacho linfa tomada de las vesículas del dedo de una lechera.

Casi dos siglos nos separan de Jenner y de su heroica decisión. No se pida hoy a la psiquiatría, iniciada ayer, más de lo que hoy la psiquiatría puede dar, pues hasta ayer, no significó más que custodia del enfermo y, en el mejor y menos frecuente de los casos, apoyo moral. Se necesitan todavía años de tanteos, de errores, de paciente investigación. Pero se presiente cercano un salto de gigante apoyado en el conocimiento íntimo de la textura del sistema nervioso, de los neurotransmisores, de técnicas increíblemente sofisticadas que permiten ya estudiar áreas específicas del cerebro humano en acción. Mientras tanto, exijamos a todos la seria tarea de velar por los intereses socia-

les; velar, antes de nada, por los intereses de la minusvalía que deriva, en ocasiones, del trastorno mental. Las espaldas de los psiquiatras no bastan para soportar tan colosal problema. Pero cuidado con equivocar los papeles. Los psiquiatras bastante tenemos con reconocer la enfermedad, advertir cómo prevenirla y bregar por la cordura en el difícil, por urgente, momento de tratarla. Hoy por hoy, evitar que la puerta vuelva a cerrarse es un esfuerzo insoportable. Pero estamos empeñados en abrirla de par en par.

PSICOTERAPIA Y PROBLEMAS DE LA VIDA

Fernando Claramuunt López
Madrid

En el verano de 1973, en Oslo, nuestro Noveno Congreso Internacional se centró en un tema único: ¿Qué es Psicoterapia?. Más que preocupados por una definición omnicomprensiva que pudiese satisfacer a todos, nos interesaron los estudios expuestos por algunos congresistas. Isaac M. Marks, de Londres, habló de los cuatro objetivos que pueden distinguirse en los distintos procedimientos terapéuticos: 1) Aportar una experiencia gratificante; 2) ampliar y profundizar el conocimiento de sí mismo; 3)facilitar confesión o catarsis de los afectos y 4) efectuar cambio duradero en el comportamiento. Lo que el terapeuta hace en realidad es más importante que el armazón teórico al cual se adhiere.

Una contribución significativa que la de Benjamín B. Wolman, de Nueva York, autor del libro Call No Man Normal. ¡No llamemos normal a nadie! Sin embargo, buscando criterios de salud mental, fija cuatro: 1) Conocimiento realista de sí mismo y del mundo exterior;

Por limitaciones técnicas de editorial y con autorización previa del autor hemos reducido la extensión del escrito que en el capítulo X de su libro "Psiquíatría vivida (Memorias autobiográficas). Edit. Biblioteca Nueva. Madrid. 2004

2) Balance suficiente en el control de las emociones; 3) Aceptable ajuste social y capacidad de buenas relaciones interpersonales y 4) Logros en la vida proporcionados a sus capacidades y circunstancias.

Se bromea entre colegas. ¡Podéis llamarme de todo, menos normal! Hay una normalidad estadística, la del hombre gris y mediocre, persona sin ningún interés. Existe otro criterio, clínico, el de ausencia de síntomas psicopatológicos. ¿Quién no tiene manías y extravagancias, que son la sal de la vida? Las personas sin síntomas deberían procurar tener algunos, para no ser tan aburridas. Nos queda un tercer criterio, el de normalidad ética, establecido desde los valores de la sociedad en los que uno vive, que no son universales y se muestran cambiantes con las épocas históricas. La psicoterapia que aplicamos depende, se quiera o no , de los valores del terapeuta, del cliente y del entorno cultural.

En Oslo hablé con el doctor Thomas S. Szasz (el del Mito de la Enfermedad Mental y, según sus críticos, el del Mito del Doctor Szasz) que, como era de esperar desertó sobre el Mito de la Psicoterapia, que soló consistiría en intervenciones metafóricas o formas de interacción personal que se ven igualmente en la propaganda comercial, educación, amistad y matrimonio. En opinión de Szasz, la gente ejerce influencia sobre otras personas para apoyar unos valores y combatir otros. En el pasado se señalaban la Castidad, la Obedencia y la Prosperidad. En los tiempos mas recientes, el Bien Común, la Salud Mental o el Bienestar. En una cortina de humo porque la noción de Salud Mental puede promover individualismo o colectivismo, autonomía o heteronomía.

No recuerdo que estuviera el doctor Giovani Jervis, autor de un Manual Crítico de Psiquiatría que me veo obligado a releer con motivo de las opiniones de los últimos terapeutas citados. Cree Jervis, admirador de Szasz, que la idea de curación con desaparición de los trastornos psíquicos, es ambigua. Parece defender un dejar en paz en su mundo alucinatorio a los psicóticos crónicos con ideas delirantes que no desean ayuda psiquiátrica y saben perfectamente que ésta no puede serles impuesta; anciano que sólo tienen el consuelo del

alcohol, y ciertos obsesivos y otros neuróticos que, a su manera, se han construido un mundo interior productivo bastante feliz. La terapia les puede aportar serenidad, pero muchas veces no hace mas que destruir valores sólidamente consolidados. No le disgusta al doctor italiano la psicoterapia de la portera o del camarero, si son personas bienintencionadas. Además de estas experiencias, le parecen interesantes las terapias de grupo acéfalas, autogestionadas, como los alcohólicos anónimos o ciertos grupos de autoconciencia feministas. La psicoterapia profesional, le merece ciertas reservas dado que se trata de una relación de poder basada en un desequilibrio.

Según Jervis, quien es tratado tiene mayor necesidad del tratante que a la inversa. (No faltan estudios que no lo ven tan claro). Coincide el colega italiano con otros expertos en que la personalidad y el grado de salud mental del terapeuta son mas importantes que cualquier técnica terapéutica que use. Cree que la relación psicoterápica navega entre dos peligros bien ciertos y opuestos. De un lado, la fusión afectuosa del terapeuta con el paciente, convirtiéndose ambos en una sola persona que se aísla de la realidad social. Del otro, la hostilidad encubierta por parte del terapeuta, por ejemplo en formas sutiles de culpabilizar al cliente o a sus familiares (que ya suelen venir culpabilizados, aunque no lo parezca).

La relación psicoterápica puede tener algunas semejanzas con la del educador y el educando. El pueblo llano dice: la letra con sangre entra. Giovanni Jervis considera que las Terapias de Conducta no son propiamente psicoterapias. Estima simplista la interpretación del transtorno neurótico como un error del apredizaje.

En Madrid, en septiembre de 1957 se celebró el VII congreso Catolico Internacional de Psicoterapia y Psicología Clinica. Llovieron chanzas de todo tipo. Alguien presentó un estudio sobre la Acción Terapéutica de la Caridad, que hoy se objetaría desde ángulos científicos y quizá pastorales. Creo que fue Ernest Krestchmer quien escribió varios años antes, que en estos asuntos cada cual debe llevar el sombrero que le corresponde. El vienés Igor Caruso expuso las posibles influencias positivas del psicoanálisis sobre la vida religiosa. La

doctora Jesusa Pertejo habló del test de Rorschach y yo presenté una comunicación sobre el sentimiento de culpabilidad en los test proyectivos. Ninguno de los que nos metimos en camisas de once varas, quiero decir que no entramos en temática religiosa, pese a que Jesusa habló de los alumnos de los seminarios, comparando sus mecanismos de Sublimación con los de los artistas.

De aquel raro congreso recuerdo las conversaciones privadas con el doctor Igor Caruso, de Viena, que hablaba excelente español y se refirió a un paciente suyo que soñaba con toros bravos. A raiz de nuestro encuentro adquirí varios libros suyos. En Análisis Psiquico y Síntesis Existencial afirma que el neurótico busca un redentor y que el Arquetipo Cristo es el factor central de toda la psicoterapia. El neurótico es un impedido de amor, exige amor para sí mismo y (estadio captativo) no está dispuesto a sacrificarse (lo cual implicaría un estadio oblativo). El obsesivo experimenta con la mayor hondura su relación con lo santo y lo sagrado, aunque malentendida y trastocada.

Caruso se ocupa agudamente de la trasferencia y contratransferencia. En nuestro encuentro en Madrid me hubiera gustado oírle hablar con mas detalle del Arquetipo Cristo. ¿No hay idealización en sus formulaciones? Es fácil pecar de grandiosidad, en lugar de vernos como modestos peatones que ven pasar un gran cortejo sin que nuestros ojos acierten a entender los prodigios que desfilan.

¿Cómo aproximrase al Arquetipo Cristo? ¿No será osadía, en el limite del orgullo satánico? Yo no pasaría, en el mejor de los casos, de un atormentado y torpe Arquetipo San Antonio en el Desierto, precisamente el infeliz San Antonio descrito por Gustave Flaubert. La sinceridad de Igor Caruso en tan delicado asunto contrasta con el silencio políticamente correcto de la mayoría de psicoanalistas y psicoterapeutas.

Muy distinto es el talante de Karl Jaspers, que antes de dedicarse a la Filosofía fue psiquiatra en Heidelberg, discípulo de Franz Nissl, neuropatólogo, y de Willmanns, el gran clasificador de las enfermedades mentales. Educado en la clásica tradición germana, la de Griesinger, Kahlbaum, Alzheimer, Bonhoeffer, Gruhle y Kraepelin,

publicó en 1913 su Psicopatología General. En la edición alemana de 1953 hay un apartado sobre psicoterapia, asunto poco aludido en las primeras versiones. En su prefacio afirma: En nuestros días la psicoterapia pertenece, podríamos decir, a todo el mundo. Sin duda ha germinado en el terreno de la medicina, pero se ha ido desprendiendo de sus orígenes. Existen actualmente psicoterapeutas carentes de formación médica y otros en quienes los estudios de medicina apenas si juegan papel alguno. En cualquier caso, quien escoja esta especialidad debería saber lo que hace y lo que puede esperarle.

Tiende a idealizar Jaspers una forma suprema de relación médico -enfermo que es la comunicación existencial:

Médico y enfermo, hombres uno y otro, están unidos por el destino. Ni técnico puro, ni autoridad pura, el médico es una existencia al servicio de otra, un ser humano, efímero, con su semejante. No hay pues, soluciones definitivas. El límite es este: cmpañeros de destino, estos hombres no lo son más que en el ser que nosotros llamamos trscendencia.

Parece que Jaspers ya se ha convertido en el filósofo que quería ser, a expensas de alejarse del quehacer cotidiano con los pacientes. ¿Sería preferible, para curar la mente humana, recibir la inspiración de una gran obra filosófica, como la de Kierkegaard, además de Sócrates, San Agustín, Kant o Hegel? En todo caso, quien haya leído a Platón o Nietzsche sentirá, cree Jaspers, que no se puede basar una profesión o una ciencia nueva en las enseñanzas de un analista didáctico, miembro de una escuela intolerante, en enemistad con otras escuelas que sólo se soportan entre si por razones oportunistas: si todo movimiento espiritual ve sus valores definidos por los hombres que se consideran sus fundadores, caracterizados por la nobleza de su carácter y la altura de sus miras, no nos engañemos, no será sobre Freud, Adler y Jung sobre quienes se pueda elevar una ciencia al niverl espiritual que reclama la Psicoterapia.

En un estudio crítico desciende a detalles muy concretos: Todo psicoterapeuta, hombre o mujer, debería etar casado. Le parece indispensable. El matrimonio no es una garantía; un soltero puede ser

irrepochable. El nivel espiritual del médico no viene determinado por el estado civil; a pesar de todo, la condición del matrimonio es una presunción favorable. Jaspers compara una y otra vez su noción de psicoterapia con la tarea otrora reservada al sacerdote: Lo que es posible al sacerdote en virtud de la fe en una autridad trascendental, no puede siempre ser esperado en la vida laica del promedio de los médicos.

Algunas analogías que subraya Karl Jaspers entre psicoterapia y cura de almas hacen pensar en la Santa Inquisicion y los procesos a eclesiásticos solicitantes. Llamábanse así a quines en el confesionario solicitaban –y solían obtener– favores eróticos de las feligresas. El amor de clérigo es objeto de cantos festivos a lo largo de la Edad Media y aún mucho después. El celibato eclesiástico se debatió ampliamente desde los primeros tiempos de la Iglesia. San Panufio se opuso vivamente a la continencia obligatoria, que sólo se prescribe de manera legal a partir del siglo IV. En el año del Señor de 1438, a la edad de cuarenta, compuso El Arcipreste de Talavera su Reprobación del amor mundano o Corbacho, en donde se describe cómo se pierde el eclesiástico por amar con deshonestidad. Tras prevenir a los varones en contra de las casadas hermosas y lozanas, asegura: Pues si hablamos de frailes y abades, no digo nada, que animales son de rapiña; cuando no tienen de suyo, toman lo de su vecino.

Rara modernidad, pues la del Arcipreste de Talavera si la comparamos con las nobles preocupaciones y advertencias de Karl Jaspers en 1954. No sé si es afortunado comparar la Confesión y el ejercicio de la psiquiatría. Durante mi estancia en Estados Unidos pedía a los cielos paciencia para sobrevivir al invariable comentario de tanta gente, señoras principalmente: ¿Un psiquiatra español? ¡Ustedes no necesitan la psiquiatría, ya tienen la confesión católica!

En España, los catedráticos de Psiquiatría Antonio Vallejo Nágera, Juan José López Ibor, Román Alberca lorente, Ramón Sarró Burbano, Rojas Ballesteros y los doctores José Mª Villacián, de Valladolid y el doctor Luis Valenciano Gayá, de Murcia (que, como don Gonzalo Lafora, no necesitaron ser catedráticos para ser maestros de

varias generaciones), así como mis profesores en París, Jean Delay, Paul Guiraud, Heri Ey, Cyrille Koupernik, Gilbert Lelord y Julián de Ajuriaguerra, mantenían una distancia terapéutica respecto del psicoanálisis, del cual tenían notable información sin haber practicado submarinismo en sus aguas.

Un margen semejante he creído apreciar en otros maestros y amigos, más cerca de mi propia generación, con justificada talla de catedráticos, como los doctores Juan obiols Vié, Luis Martín –Santos, Carlos Castilla del Pino, Juan Antonio Vallejo Nájera, Francisco Alonso Fernández, Valentín Conde, Antonio Seva, Pedro Ridruejo y Enrique Rojas. En Norteamérica conocí a psicoanalistas que eran, además, profesores universitarios. Su seriedad tolerante, la formación médica y psicológica, con amplia cultura humanística, no tenían nada que ver con la rigidez belicista que imperaba por entonces en algunos círculos europeos que tuve ocasión de tratar.

Por mi parte, desde que comencé a entrevistar enfermos mentales en el viejo manicomio de Salamanca, todavía en los dos últimos cursos de mi carrera de Medicina, intenté desarrollar con los pacientes una relación psicoterapéutica relativamente flexible. En aquellos años, ser autodidacta resultaba inevitable para los descreídos del culto que rendían a la ortodoxia freudiana algunos cenáculos. La erudición y la intuición frente a situaciones nuevas y enfermos con muy variada sintomatología, como los de la policlínica universitaria, el Seguro y la clientela privada, daban soltura. Era otra manera de hacerse especialista. En Estados Unidos y Canadá creían mejor la suya, la que viví en 1960, con tutores, supervisores, discusione en grupo, uso de grabaciones y vídeos, métodos de evaluación y uso de tests y escalas para registrar los cambios psicológicos. Me ha servido de consuelo aprender que aquellos investigadores destacaban, por encima de cualquier método, escuela o teoría, la personalidad básica del terapeuta y su capacidad de sintonía con el paciente.

Así procuré transmitirlo a los alumnos de la Facultad, impacientes por tratar tanto a enfermos como a gente normal. La posible existencia de gente normal, inquitante asunto, constituyó el tema de bastan-

tes horas en nuestras clases. Hice saber a los estudiantes la opinión del profesor Jerome D. Frank, una verdad sospechada por buena parte, la más perspicaz del público general:

Si hacemos ver a la gente que muchas rarezas y extravagancias pueden ser indicios de enfermedad mental y no meros signos de stress o de reacciones normales a las dificultades de la vida crearemos alarma social y aumento de la demanda de psicoterapia... Cuanto más facilidades de tratamiento haya, y más conocimiento de ellas tenga el público, mayor será la petición de ayuda psicológica. La psicoterapia es la única forma de tratamiento que, al menos en cierta medida, parece crear las enfermedades que trata.

El profesor Frank, poco antes de publicar su excelente libro Persuasion and Healing, me aseruguró con humor que, por suerte, aún no le había sucedido lo de aquel infortunado científico, al borde de la desesperación por haber descubierto un tratamiento excelente para una enfermedad que no existía. Cuando escribo estas líneas, al término de mi vida profesional, me intriga el aumento en España de ludopatías, stress (sin más), anorexia y bulimia con tentativas de suicidio (que se airean en programas populares de televisión, donde el público aplaude a las jovencitas anoréxicas, que ya tenían suficientes refuerzos para sus actitudes al ser protagonistas de programas en las horas de máxima audiencia), tabaquismo, depresión (a secas, sin apellidos ni más especificación), ansiedad, (también sin especificar) trastornos fóbicos, trastornos de pareja, impotencia y frigidez y hasta síndrome postvacacional, entre otros problemas de moda. Hace algunas décadas, el doctor Bartolomé Llopis habló del auge de seudotratamiento para seudoenfermos, ¿qué diría hoy?

En cada situación deberemos replantearnos los criterio de normalidad. Lo esencial será la capacidad para amar y trabajar, dijo Freud. Y añadió que el individuo mentalmente sano es aquel que ha pasado satisfactoriamente a través de los estadios infantiles de la libido y ha alcanzado el nivel maduro de genitalidad, es decir, el control suficiente de los impulsos capaz de permitirles expresarse en formas socialmente aceptables. Erikson, analista neo–freudiano, no médi-

co, pone el acento en la Madurez y Adultez, unida al desarrollo de la Identidad, Contacto Humano y Creatividad. Erich Fromm, neofreudiano de orientación social, considera normales a quienes tienen orientación productiva sin demasiadas frustraciones. Con tal de que vivan en sociedades sanas. Más nos vale no airear en este momento del libro si existen esas sociedades y cuáles sería sus carcterísticas.

En el plano individual, María Jahoda, experta en Salud Mental se da por satisfecha con seis categorías mayores: 1) Actitudes positivas y realistas hacia sí mismo. 2) Crecimiento, desarrollo y actualización de la persona. 3) Integración, ponderada y buena resistencia al stress. 4) Autonomía. 5) Percepción de la realidad sin distorsiones derivadas de necesidades internas, con sensibilidad para los aspectos sociales. 6) Control razonable del entorno. (Lo cual incluye capacidad para amar y experimentar orgasmo sexual, armonía en el terreno amoroso, laboral y en el tiempo libre, así como en las relaciones interpersonales, afectividad ante situaciones nuevas, capacidad de adaptación, ajuste y eficiencia en la resolución de problemas).

Lawrence S. Kubie pasa revista a estos criterios –a mi entender, excesivamente made un USA– para concluir que no hay una respuesta simple. No estamos seguros de cómo deben ser las sociedades sanas. Incluso en condiciones materiales muy atractivas la gente se suicida, se vuelve alienada, deprimida, cínica, autopunitiva o llena de odio hacia los demás. Muchos de los criterios de Salud Mental individual o de grupo suenan a utópicos ideales de Vida Feliz. Bien está ser creativo, vivir con un pie en la realidad y otro en los sueños, siempre que seamos capaces.

Los criterios más utilizados, el estadístico, educativo y clínico, se revelan insuficientes. El sufrimiento en sí no es patológico, lo es más la incapacidad de sufrir. La noción de Madurez suele carcterizarse por buena capacidad de adaptación (que no es lo mismo que vivir adaptado a cualquier situación), capacidad de amar (que tampoco coincide siempre con la dicha de poseer una pareja establa y socialmente aceptada), escasa tendencia a regresar a formas de comportamiento demasiado juveniles o pueriles y, por último, mínima vul-

nerabilidad frente a las agresiones psicológicas y sociales del mundo externo.

Si en nuestra consulta particular esperan recibir psicoterapia personas con problemas de la vida, más que verdaderos enfermos mentales, podríamos sentir la tentación de hacerles dos preguntas ¿Qué modalidad de psicoterapia espera o desea recibir? y ¿Hacia qué clase de normalidad o salud mental desería usted encaminarse o se encamina? Es lógico que queramos saber algo acerca de las expectativas mutuas, previas a la relación psicoterapéutica. Es notable la influencia que ejerce sobre la percepción lo que el sujeto espera o anticipa que va a percibir. En el área de la psicoterapia siguen siendo bienvenidas las investigaciones respecto a las expectativas, tanto en el cliente como en el terapeuta.

A los alumnos de la Facultad les gustaba ver en la pizarra el cuadro completo, o casi, de las principales modalidades de psicoterapia y de las escuelas o modelos de personalidad correspondientes. Como la pizarra era muy extensa, permitía escribir a la izquierda el cuadro dedicado a Freud, con breves indicaciones de su teoría de personalidad, patología y psicoterapia. El fundador del psicoanálisis siempre se sintió amenazado por el fantasma de la pobreza, uno de los motivos para su notoria preocupación por el dinero.

En el casillero siguiente iba Jung, él solo, con alusiones a las realigiones comparadas, a la Mitología universal y a sus preferencias por la psicoterapia de gente sana, culta y de gustos refinados. Jung no era judío, ni le preocupaba el dinero en la misma medida que a los freudianso. Desde el primer año suprimí a Alfred Adler, para no abusar de la pizarra. A continuación puse a Dollard y Miller, oriundos de Wisconsin, bondadosos investigadores en el área del Aprendizaje y Conductismo; con ellos hable repetidamente en Yale. Representan un puente pacífico entre el psicoanálisis y la Learning Theory.

En el apartado siguiente procuré hablar a mis alumnos de dos ratólogos egregios: Skinner, a quien recuerdo con afecto, y Joseph Wolpe, el médico sudafricano de origen lituano. A este ortodoxo judío la pasión por la química le llevó a estudiar Medicina, que terminó

en 1948, año en que se casó y se inició en las teorías freudianas. No tardó en rechazarlas y a través de Pavlov y de Jules H. Masserman, a quienes también rechazó, (aunque no a sus perros ni gatos), se hizo Terapeuta de Conducta

Entre otros conductistas, hablé a mis alumnos de Thomas G. Stampfl, de Cleveland, paracaidista antes de estudiar la carrera de Psicología, donde asimiló a su manera enseñanzas del Conductismo, de la Terapia Centrada en el Cliente de Rogers y del Psicoanálisis, a través de Fenichel. No coincidí con él en Wisconsin en 1960, porque se tomó un descanso en la docencia para dedicarse a la psicoterapia privada desde 1960 hasta 1966. ¿Se olvidó de su largo entrenamiento como ratólogo y su dedicación a los niños subnormales? Sin saber mucho de Stampfl ni de paracaidismo, tuve que hablar a los alumnos de su Terapia Implosiva, que sonaba muy bien, Que curase a los fóbicos y obsesivos no lo veo nada claro, pero careciendo de experiencia directa no puedo asegurar nada. Como la pizarra tenía todavía espacio, llenaba el cuadro siguiente con las ideas de Sullivan y su teoría de las relaciones interpersonales.

El siguiente recuadro gustaba más a los alumnos: era el de Rogers, consejero más que terapeuta, Centrado en el Cliente. Como tenía cara de buenazo, era calvo con patillas finas, vestía anchas camisas floreadas, iba cuidadosamente rasurado, usaba gafas con montura casi invisible y procuraba no parecer directivo, era bien aceptado. Yo prefería el apartado siguiente, dedicado al Psicoanálisis Existencial de lengua alemana, cuyos pontífices eran Ludwing Binswanger, segundo psiquiatra de una dinastía ilustre, fallecido en 1966 y Medard Boss, los dos de anchas y espesas cejas. Conocí personalmente a Boss, afable, predepresivo, y muy responsable. Tuve amistad con el tercer Binswanger, Wolfgang, hijo de Ludwig. Me parecían psiquiatras profundamente europeos, frustrados en su deseo de haber sido solo filósofos y quién sabe si teólogos. No sé si servirían de algo a los pacientes, pero sus escritos poseen indudable belleza.

Puse a su lado, por mi cuenta, a Igor Caruso y Víctor Frankl. Oyéndonos hablar en español se nos acercó en Viena el segundo de

ellos y dijo: Hola, soy Frankl. Le dijimos que nos alegrábamos de oírle hablar tan buen castellano. Leí casi toda su obra, menos sutil y más divulgativa que la de Caruso, llena de buena voluntad y, al parecer, de fe en la Humanidad. No podía decir a Caruso ni a Frankl, ni menos aún a mis alumnos, que en mi concepción del mundo, mi wltanschaung, estoy más cerca del pesimismos existencial de Freud, el de El Malestar en la Cultura, que, como el de mis queridos Gabriel Miró y Pío Baroja, me parece más próximo a la realidad de la condición humana.

Entre los analistas existenciales, más que a Jean Paul Sartre, me agrada considerara aLuis Martín-Santos, así como a Unamuno, cuyo lazo con el pensamiento existencialista era intenso.

Fue preciso, para completar el panorama de las psicoterapias y de sus teóricos, decir algo a mis alumno acerca de los constructos personales d e George A Kelly, ingeniero, físico y matemático, que no tenía cara de psicoterapeuta. ESte autor se dedicó al teatro, a la psicología fisiológica, al psicoanálisis freudiano, al juego de roles siguendo ideas de Moreno, al entrenamiento de pilotos aéreos y, desde 1946, a enseñar psicología, llegando a ser Director de la Universidad del estado de Ohío. A mis alumnos les explicaba con el mayor respeto la definición de enfermedad de Kelly: Es un trastorno psicológico de cualquier constructo personal usado repetidamente a despecho de su consistente invalidación. Los estudiantes tomaban apuntes y no sé si entendereían algo que les pudiera servir. Yo desde luego, no. Por eso pasé rápidamente a contar lo que sucede fundamentalmente entodos los tratamientos psicoterapéuticos dignos de ese nombre. Me reconcilió con Kelly su deseo de estudiar a fondo el estilo de vida del paciente y de considerarlo como co-investigador a lo largo de la terapia. Con Kelly había cerrado el cliclo, borraba la pizarra y volvía a lo que deseaba, la esencia de los tratamiento psicológicos.

Sea cual fuere el marco conceptual, todas la psicoterapias pasan por una serie de etapas comunes. Para Whitaker y Malone la sucesión es tan evidente que permite hablar de una Primera Fase en la cual el paciente, que se considera adulto y no tan enfermo como lo ve

el terapeuta, se comporta y responde en un nivel real, al menos eso cree. Llega con ideas preconcebidas, prejuicios y percepciones poco adecuadas, no muy objetivas, del papel profesional y de la persona del terapeuta, al que cree ver con realismo. Progresivamente comprende que es más neurótico de lo que le gustaría ser. En esta fase el terapeuta se ve a sí mismo como profesional relativamente maduro, dotado de responsabilidad y capacidad para ayudar. Sin embargo, poco a poco comienza a sospechar que, como su paciente, es a su vez un seudoadulto. La Fase Primera comprenda las entrevistas iniciales, la obtención de la historia clínica, el acuerdo de los honorarios, horarios y otras formalidades externas. Algunos terapeutas creen conveniente hablar de la fecha de terminación y acordarla en principio. Ya se esbozan elementos de la fase simbóloca que vendrá después, pero bajo ese aspecto, la primera etapa sólo pdría llamarse, todo lo más, presimbólica.

En la Segunda Fase hay una intensificación progresiva del componente simbólico y aumenta la proyección e invención de fantasías del paciente sobre el terapeuta, al que ve como un Hermano Mayor, asumiendo el cliente el rol de Hermano Menor. La supresión de elementos reales en la vida del paciente y del terapeuta puede ir a la par, considerándose un mundo propio de mágico aislamiento compartido. Sólo de un modo secundario se extienden influencias de estos fenómenos al entorno del paciente, de su familia y de las personas significativas (que, casi siempre, intentarán de un modo u otro, torpedear la terapia, sea por celos, por prestigio, por sentirse excluidos, por curiosidad o por estar más enfermos que el paciente oficial).

En la Fase Central del tratamiento, la de las transferencias y fantasías por parte del paciente y de las contratransferencias—fantasías del lado del terapeuta, se pueden distinguir tres instancias: I) Competitiva, en que el terapeuta representa la cultura de los mayores y también el Progenitor, mientras que el paciente persiste en el rol de Hermano Menor que quier crecer y desafiar al padre, pero terminará aceptando su Yo Infantil. II) A continuación se halla la instancia Regresiva: El paciente se ve a si mismo como niño pequeño y desvalido y al terapeuta como Progenitor Primordial. III) En el momento

siguiente de la Fase Central propiamente dicha, el terapeuta hace de Padre y el paciente de Yo Infantil. En este instante convergen las relaciones simbólicas del tratamiento, viéndose cada uno a sí mismo en el papel que lo ve el otro. Por sí sola esta etapa no conduce a la siguiente. Paciente y terapeuta permanecerían indefinidamente en ella si no fuera porque, a su pesar, reconocen la existencia de la realidad social.

Se llega, es inevitable, a la Etapa de Prueba, en la que el rol de padre es más permisivo y hay un cierto compañerismo tolerante, porque el paciente ha dejado de representar su rol de niño y se comporta como un adolescente que hace progresos, plantea preguntas y refiere travesuras. El cliente ve al terapeuta como un padre viejo, quizá como un abuelo benévolo y algo tonto. Se verifica el repudio progresivo del terapeuta como padre simbólico y el paciente se acerca rápidamente a su posición de adulto maduro y responsable, capaz de volar por sí mismo.

En la Fase de Retirada, el terapeuta deja de ser visto como progenitor y vuelve a su rol real de profesional experto. en este escalón el paciente rechaza al terapeuta como padre simbólico. Debería entonces ocurrir la aceptación, por parte de uno y otro miembreo de la hasta entonces díada, de su nueva calidad de adultos independientes.

En la Fase última de la terapia, hay tres modalidades de final: 1) El Positivo, en el cual paciente y terapeuta aceptan de común acuerdo su capacidad de vivir separados. reconocen respectivamente la contribución de cada uno en la vida del otro y se marcha, cada uno por su lado, agradecidos, habiéndose reducido a un mínimo la ansiedad de separación. 2) El segundo tipo de final es el Negativo. El paciente abandona al terapeuta de manera agresivo o desafiante; mientras que la hostilidad de éste es menos fuerte, aunque cargada de sentimientos de insatisfacción. 3) El tercer final, Muy Insatisfactorio, es según los investigadores, el más común. Se había producido un estado de dependencia y se puede observar ahora una resolución muy incompleta, tanto de la neurosis de transferencia como de contratransferencia. Aparecen sentimientos de culpa, abandono, rechazo, remordimiento,

y quejas variadas por una y otra parte. La reacción de duelo en el terapeuta, si no es bien llevada, conduce a graves errores si éste no acpta el impulso del paciente para acabar la relación. Es prefereible un final precoz si se deja decidir al paciente. Entre los motivos del cliente para irse, figura el no considerarse ya como paciente y empezar a sentirse terapéutico, es decir, le agrada actuar como consejero ante sus vecinos, amigos y familiares.

Una forma de terminar pronto es no pasar de las primreas sesiones, lo cual no significa realizar psicoterapia breve. El vuelo a la salud, se dirige a una fingida salud, pero el vuelo es real. Los pacientes de las clases más acomodadas se autogratifican con viajes a países exóticos. Quienes no necesitan trabajar se conceden a sí mismos vacaciones o temporadas de descanso en algún lugar paradisíaco. Se lo hacen saber a su terapeuta de clase media, a través de una breve llamada telefónica y a veces ni eso. Puede ocurrir que la alianza terapéutica no se hubiese llegado a establacer o fuera tan frágil que la primera maniobra del familiar más celoso, por excluido, si es todopoderoso, baste para torpedear la naciente relación y acabar con las débiles motivaciones del paciente. Si alguna vez se reanuda el tratamiento, la posibilidad de una nueva interrupción es muy previsible. Ante este final, más que precoz, precocísimo, si el terapeuta no se atormenta sobre sus posibles yerros al no haber establecido una relación más sólida, podría comprender que la psicoterapia no es aplicable a todo el mundo.

Mi experiencia personal, en cuanto a reacciones transferenciales, contratransferenciales y terminaciones, se refiere a terapias de inspiración psico-dinámica, nunca al psicoanálisis de Freud en sentido estricto. Franz Alexander, Jerome D. Frank y Pierre B. Schneider, entre otros, me inclinaron a ver los tratamiento psicológicos como técnicas de ayuda y como arte de curar, lejos de la rigidez, a mi entender frustrante, del análisis ortodoxo. No dar el pésame por la muerte de un familiar próximo es tal vez táctica excelente dentro de la ortodoxia freudiana y kleiniana; para mí es carencia de educación, grosería manifiesta y grave falta de humanidad, lo haga quien lo haga. Por mi parte, he asistido a varios funerales de familares inmediatos de mis pacientes y he visitado sanatorios en caso de operaciones quie-

rúrgicas que encerraban peligro para mis pacientes. No creo que en ninguno de estos casos se haya visto perjudicado el proceso psicoterápico. Puedo exponerme, como Franz Alexander, a la acusación de amabilidad antiséptica y de experirencia emocional correctiva, lindante con el denostado apoyo, en lugar del esclarecimiento intelectual ortodoxo.

¿Cómo y dónde hallar el justo medio entre el glacial distanciamiento y la fusión afectuosa? ¿Y si no existe? En torno a los movimietnos afectivos de la contratransferencia en el terapeuta, descubro en el capítulo VI de Janet Malcolm Psicoanálisis: una profesión imposible, indignación y escándalo en círculos psicoanalíticos ortodoxos:

Dos analistas de Chicago había pecado contra la comunidad analítica, traicionando su ideal ascético y fueron castigados violentamente por su transgresión. O mejor dicho, como me explicó Aarón cáusticamente, (porque se sabía que antes algunos analistas se habían casado con pacientes) el pecado de aquellos hombres consistía en ser analistas prominentes, poderosos, renombrados –importantes luminarias del mundo analítico– que se habían casado con pacientes. Si alguna mediocridad lo hace, dijo Aaron, las medidas punitivas se limitarían a excluirlo de la red de remisiones y permitir que cayera en una oscuridad mayor dentro del mundo institucional. Pero si un antiguo Presidente de la Asociación Psicoanalítica Norteameracana se casa con una paciente, si un miembro del comité de Educación del Instituto Psicoanalítico de Nueva York se casa con una paciente, si un analista didáctico se casa con una paciente –y eso fue lo que ocurrió en esos casos– entonces debe ser tratado despiadadamente, seperado de su elevado cargo y privado de sus honores.

Desde El caso Dora, la joven de dieciocho años que atormentó las fantaasías de un Freud de cuarenta y cuatro, Dora o Pandora representa la caja de los males que más vale no abrir. El tratamiento de Dora no terminó bien. El psicoanálisis no puede tolerar los finales felices, firma Janet Malcolm. Podría ser ésta una diferencia fundamental frente a las psicoterapias. La ortodoxia freudiana recuerda

en cierto modo la estrecha unión que se establece en esos matrimonios civiles, con previa separación de bienes, que saben que antes o después se van a divorciar. El arte de casarse, o de psicoanalizar a alguien, tal vez consista en preparar con tiempo una separación lo menos traumática posible.

El consejo de un famoso escritor inglés: casarse pronto y a menudo, como terapia me parece de alcance limitado. ¿Qué hacer con el resto de las pacientes? En Estados Unidos me dijeron que a partir del tercer matrimonio uno empieza a centrarse. Es cierto que algunas clientes se ofrecen como trofeo a su terapeuta. Si un incauto cediera a la tentación, se convertiría en el codiciado laurel de la paciente. Algunas se jactan de acumular medallas de esa naturaleza. En general, la transferencia erótica –y la contratransferencia todavía más– si no es controlada entraña la ruptura inmediata de la situación terapéutica. Ocurre entre personas que ya estaban, ambas, desesperadas antes de conocerse. Por hambre atrasada de piel y por otras carencias, se puede confundir el afecto con el vello pubiano, según el conocido reproche que recibió Pablo Neruda de parte Juan Ramón Jiménez

Las más de las veces el tan traído y llevado amor de transferencia es una estrategia de la paciente para controlar, más que seducir, a quien desea prestarle ayuda. No es frecuente que tales fantasías se manifiesten desde la primera entrevista.

Quiero mencionar la obra Personality Change, coordinaa por Philip Worchel y Donn Byrne, que adquirí en 1965, recién aparecida en Norteamérica. Es una saludable fuente de inspiración en el ámbito de la Psicología Clínica y de la Psicoterapia, bajo cuyo chorro de agua limpia meto la cabeza de vez en cuando. Me agrada el hincapié de Leon Festinger, colaborador en tan recomendable obra, en la reducción de las disonancias. Realmente disuenan demasiado las relaciones interpersonales, las de empleados y ejecutivos en las grandes empresas, las de padres e hijos a las conyugales. Tanto que, cuando no me ha parecido suficiente la psicoterapia individual y he visto la necesidad de tratamiento grupal, he puesto a mis pacientes en manos de los especialistas correspondientes.

Hacia 1988 Juan Antonio Vallejo Nájera me pidió colaboraciones para su Guía Práctica de la Psicoterapia, de la cual se han hecho múltiples ediciones. Allí escribí los capítulos sobre: Las personas de edad mediana y sus problemas; El matrimonio y sus problemas psicológicos; ¿De dónde vienen los trastornos mentales?; Los tests de personalidad, cuestionarios y escalas de síntomas; Psicoterapia Individual, Psicoterapia de grupo de familia y de pareja; Tratamientos farmacológicos; Curar hablando ¿Curan las palabras? ¿Qué es la catarsis?; La psicoterapia según las distintas escuelas; Usos y abusos de la psicoterapia o curar hablando; Higiene mental y prevención de los trastornos psiquiátricos. Creo haber expuesto allí la síntesis de lo que tenía que decir.

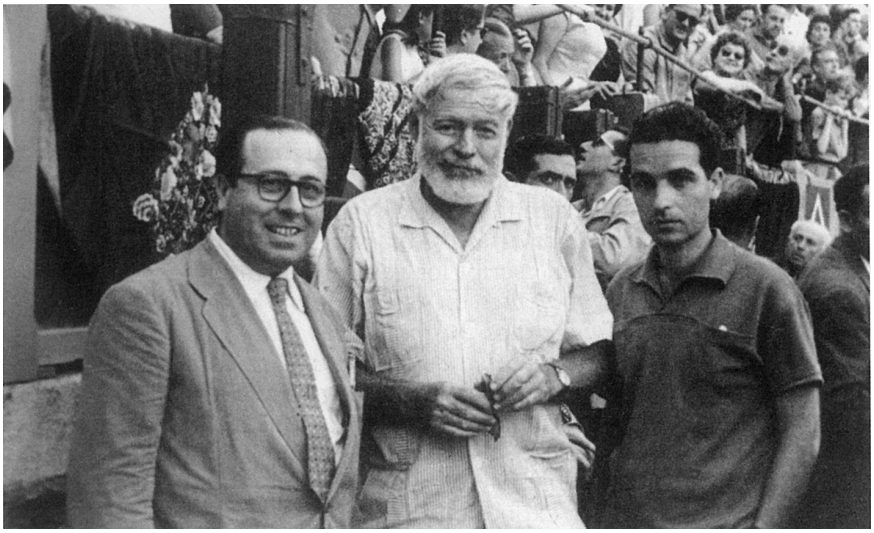
En alguno de aquellos capítulos llamé la atención acerca del hecho de que hay cosas sobre las que casi nadie dice toda la verdad. En el ámbito de los conflictos entre padres e hijos me ha sido más facil ayudar a los clientes. En cambio, a quienes pedían terapia matrimonial, salvo unos pocos casos, lo he enviado a otros terapeutas. ¿Habré leído demasiado a Tolstoi, a mi paisano Gabriel Miró y a nuestro señor don Francisco de Quevedo? Me parece, como a ellos, tan extendido el infortunio matrimonial y tan difícil de convertir en felicidad cuando se ha tomado una decisión irreversible, que prefiero dejar a los cónyuges resolver sus problemas leves. Ante los graves, creo que sólo los poderes celestiales obrarían los correspondientes milagros. Otra cosa es el tratamiento de las actuales, y tan de moda, parejas de hecho. Yo no sabría ser su terapeuta. Pertenezco a un tiempo que ya ha pasado. Mi sentimiento de identidad, a estas alturas, es de superviviente provisional.

Después de tantos renunciamientos durante años, hoy renuncio a contar más cosas. No, desde luego, por falta de asunto. Doy las gracias a mis maestros, a mis compañeros y a mis pacientes por su ayuda y compañía.

Digo ahora adiós a mi autobiografía y a mi profesión activa. Si debo despedirme además, de mi ya larga existencia terrenal, lo haré en términos taurinos, como mi paisano Miguel Hernández:

Espero, a pie parado / el ser, cuando Dios quiera, / despenado.

De izquierda a derecha: Luis Martín Santos y Fernando Claramunt. Sentados detras: Federico Soto Yarrit, Javier Morales Belda y José Rallo Romero (V Congr. Nac. Neuropsiqu., Salamanca).



Alicante, 1959. Hemingway solía repetir que cualquier historia, si es buena, verdadera y dura lo suficiente, no puede acabar bien.

SEMIOLOGÍA DE LA EXPERIENCIA DEL "YO"

Fernando Leal López

Valladolid

No resulta fácil hablar de semiología del yo, pues es un tema que habitualmente no se aborda como tal, sino que se toca tangencialmente al tratar otros temas de psicopatología general.

Después de Janet y de Freud (con las elaboraciones y aportaciones que hicieron estos autores al conocimiento del yo), uno de los primeros autores que aborda el aspecto psicopatológico del yo es Karl Jaspers en su psicopatología General. Tampoco lo aborda de forma directa, sino a través de las elaboraciones que hace en el interesante capítulo sobre la conciencia del yo.

Para Jaspers, prácticamente todas las experiencias pasan por la vivencia de la conciencia del yo. La conciencia del yo es el campo en el que se produce la autorreflexión, donde se fragua la conciencia de la personalidad y donde se efectúa la integración de los funciones yoicas .

Por otra parte el yo tiene unas características que son las que hacen posible que el "yo" sea "yo" y que el "yo" tenga conciencia de sí mismo. Esas características son las siguientes:

1- La actividad 2- La unidad

3- La identidad 4- la conciencia del "yo" en oposición al mundo exterior

Así en la actividad del "yo" pueden aparecer diversas alteraciones, entre las que se encuentra una muy importante psicopatológicamente, que es la alteración del sentimiento del "yo", y es, según Jaspers, una alteración de la conciencia del existir, que puede presentar también otros fenómenos de enajenación, como la conciencia de estar ausente de la propia acción, la enajenación del mundo de la percepción, la pérdida de la sensación normal del propio cuerpo, la incapacidad subjetiva para la presentación mental, la inhibición del sentimiento, y la conciencia de automatismo de los procesos volitivos.

Todos estos fenómenos de alteración de la conciencia del existir y del sentimiento del yo, podríamos decir que están muy próximos conceptualmente a lo que desde otra perspectiva son las vivencias de extrañeza del yo.

Todo lo que vaya en el sentido de tener una conciencia clara del yo favorece la personalización, y todo lo que altere la conciencia y el sentimiento de yo dificulta la personalización. Ésta, pues, sería la resultante posible de cualquier fenómeno de alteración de la conciencia del yo, y por lo tanto del sentimiento del "yo".

Otra modalidad de las alteraciones en la actividad del "yo" es la alteración de la conciencia de ejecución, que consiste en la vivencia, por parte del enfermo, de no ser dueño de sus propios actos, ni de sus propios pensamientos. Los pensamientos le son impuestos o le son robados. Los pensamientos le son "hechos" desde fuera e impuestos desde fuera. Este fenómeno, que es típico de los procesos psicóticos esquizofrénicos, no es exclusivo de la patología esquizofrénica; también existe la vivencia de imposición del pensamiento en los trastornos obsesivos, en la que los pacientes se sienten invadidos y agobiados por pensamientos repetitivos e insistentes de los que no pueden librarse. Pero la diferencia entre "la imposición del pensamiento" del esquizofrénico y la del obsesivo, es que en el esquizofrénico la imposición se percibe como viniendo de fuera, y la del obsesivo se percibe que viene de dentro. En la primera el paciente se siente víctima de una ejecución implacable e inevitable, en la segunda el paciente se siente-y lo sabe- atrapado en las redes de su propia rigidez interior.

La unidad del yo. Otra característica del yo es la de sentirse uno. Sentir la unidad de un todo, sentir la cohesión de sus partes, la coordinación de sus funciones y ser consciente de la individualidad de ese todo. La unidad del yo es lo que impide su disolución, su disgregación.

Las alteraciones de la unidad del yo ponen en peligro la cohesión de éste, como sucede en todos los fenómenos psicopatológicos en los que el sujeto siente que algo se rompe en su interior, que algo se desvía, se separa. Así sucede cuando el paciente oye su propia voz como viniendo de otro lugar, o viendo su propio cuerpo desde el exterior, o sintiendo que parte de él está en un lugar y otra parte en otro, o cuando tiene miedo a explotar o disgregarse, a trocearse, a hacerse añicos.

Muy ligada a la vivencia de la unidad del yo y de sus alteraciones está la de la conciencia de la personalidad y sus alteraciones, como la inestabilidad de la conciencia de personalidad y la alteración de la propia personalidad (K. Jaspers), según las cuales los pacientes sienten que algo raro está sucediéndoles, que algo está cambiando, que se experimenta inseguridad, extrañeza, transformación. En grado intenso llega al desdoblamiento, a la escisión, a la multiplicación de personalidades o personalidad múltiple. A esta sintomatología de personalidad múltiple Standenmaier la denominó "personificaciones".

Los fenómenos de alteración de la conciencia de la personalidad, típicos de los procesos psicóticos, son vividos por los pacientes como una intromisión, como una subyugación, como una imposición a la que se ven sometidos y ante la cual se sienten inermes,

Otra característica de la conciencia del yo es la de la identidad del yo. Es la característica para la que el yo es capaz de reconocerse, de saberse él mismo, de ser idéntico a sí mismo y diferente respecto a los demás. Algunos autores amplían este concepto de la identidad del yo con lo que llaman la "familiaridad" del yo. Familiaridad por conocimiento directo y permanente de las vivencias del yo. En español, quizás, deberíamos expresar el concepto de familiaridad del yo con la misma palabra "mismidad" como capacidad del yo de reconocerse

a sí mismo, saberse él mismo y saber distinguirse de los demás. "La mismidad" del yo, "la familiaridad" del yo, "la conciencia de identidad" del yo son, sin duda, conceptos muy próximos a la del "self" de la escuela americana.

Desde otra perspectiva el "yo", para poder funcionar, para poder distinguir lo que está "dentro" de lo que está "fuera" y para poder adaptarse a la realidad exterior necesita saber cuáles son sus limites, los "limites del yo" que tan brillantemente y ampliamente trabaja Paul Federn.

Es fundamental para el yo saber y distinguir "lo que es yo" de "lo que no es yo" o de lo que es "no yo". Esta capacidad de distinción la llamó Karl Jaspers "conciencia del yo en oposición a lo externo". Como también la escuela americana de la "ego psychology" ha dado una amplia importancia a "los límites del yo" y ha sido la mayor impulsora del conocimiento y de la difusión internacional de este parámetro psíquico y psicopatológico. Como es bien sabido los máximos representantes de la escuela de la "ego psychology" son H Hartmann, E. Kris y R. Loewenstein.

Como ejemplos de la alteración de los "limites del yo" y de " la identidad del yo", que están tan próximos, hacemos algunas breves citas de la literatura científica psiquiátrica:

1. Mayer-Gross y Stein reproducen las palabras de un enfermo diciendo: "Sentí el ladrido de un perro como un contacto doloroso con mi cuerpo, el perro estaba allí ladrando y yo sufría el dolor".

2. Otro ejemplo lo exponen Fränkel y Joel, respecto a un paciente embriagado por consumo de cannabis, que dijo: "Acabo de ser una tajada de naranja".

O bien el caso de un paciente mío, psicótico, que estando en su pueblo, un día presenció una escena en la que un zorro atravesaba el pueblo por la calle principal. Algunos vecinos salieron a ahuyentarlo arrojándole piedras. El paciente me explicó su vivencia de la escena diciendo: "Sentí que el zorro era yo y que los vecinos me tiraban piedras, me insultaban y me echaban del pueblo".

Probablemente las aportaciones científicas al conocimiento de la psicopatología del yo, que más predicamento tengan en la actualidad, sean las de Leopold Bellack y colaboradores: Marvin Hurvick, Helen Rediman y Patricia J. Crawford (de New York), así como las de Christian Scharfetter de la Clínica Psiquiátrica Universitaria de Zurich.

Para Bellack y colaboradores lo esencial en la psicopatología del yo son las funciones del yo y las alteraciones de éstas. Las principales aportaciones las han hecho a partir de sus estudios de investigación sobre la esquizofrenia.

Distinguen 12 funciones:

1. Contacto con la realidad (comprobación de la realidad. "Reality Testing").

2. Capacidad de juicio.

3. Sentido de la realidad.

4. Regulación y control de la conducta, los afectos y los impulsos.

5. Las relaciones de objeto.

6. Procesos del pensamiento.

7. Regresión adaptativa al servicio del yo. (A.R.I.S.E. : Adaptative regresión in the Service of the Ego)

8. Funcionamiento defensivo.

9. Barrera de estímulos.

10. Funcionamiento autónomo.

11. Funcionamiento sintético e integrativo.

12. Habilidad y competencia.

Las diferentes alteraciones de estas funciones yoicas determinan los diferentes trastornos psíquicos del yo, que en un amplio abanico semiológico pueden ir desde los moderados trastornos de regresión adaptativa, trastornos efectivos y modalidades defensivas, hasta las

severas alteraciones (ya psicóticas) del contacto con la realidad, pérdida del contacto con la realidad, los trastornos de los procesos del pensamiento y de la capacidad integrativa.

La escuela de Leopold Bellack ha elaborado las escalas sobre los estados del yo ("ego-assessment") que son muy útiles para ciertos estudios de avaluación psiquiátrica y para la investigación.

Por otra parte, Christian Scharfetter, de la Clínica Universitaria de Zurich considera que la psicopatología del yo emana de los desequilibrios o trastornos estructurales del constructor fenomenológico del ego. Una especie de estructura yoica basada en 5 aspectos característicos del yo, que por una parte forman la conciencia del yo y por otra son indicadores de su funcionamiento y estado. Esos aspectos son:

1. Vitalidad
2. Actividad
3. Consistencia
4. Demarcación
5. Identidad

Las propuestas de Scharfetter tienen un contenido que recoge aportaciones del psicoanálisis y de Bleuler, de Minkowski, de K. Jaspers y de Schneider. Pretenden llegar a disponer de un sistema instrumental lógico y significativo para la evaluación del estado y del funcionamiento del yo.

Casi todas las corrientes psiquiátricas que se han ocupado del yo y de sus funciones han abordado el parámetro de la "debilidad el yo" tanto las teorías psicoanalíticas, como las estructuralistas, como las orgánico-dinamistas. Unas abordan la "fragilidad del yo" o "debilidad del yo" desde la óptima de la vitalidad del yo, otras desde la de la consistencia del yo, otras desde la perspectiva de la fuerza del yo. Todas, en definitiva, para indicar que la debilidad del yo es fuente y origen de psicopatología, pues a un yo débil le falta la energía suficiente (energía libidinal) para investir adecuadamente las funciones yoicas y

también le falta fuerza para responder a las exigencias del super-yo y de la realidad exterior.

Como dice Frank Röhricht, empíricamente hemos venido hablando y trabajando en psicopatología sobre las bases más o menos aceptadas, referentes al yo, en los parámetros siguientes:

1. El funcionamiento del yo
2. La fuerza del yo
3. La conciencia del yo ("Self-awareness"), y
4. Los mecanismos de defensa del yo

La psicopatología del yo no solo debe considerarse desde el punto de vista de la estructura del yo y de la de sus funciones, sino también desde la perspectiva de los mecanismos de defensa. Estos, por su propia naturaleza, son en parte estructurales y en parte funcionales.

Los mecanismos de defensa del yo constituyen el sistema defensivo del yo. Es decir son la "defensa" del yo y "defensa" debe entenderse en dos variantes simultáneas, concomitantes y complementarias, que son la de defenderse (el yo) de las pulsiones, que ponen en peligro su equilibrio y/o su integridad, y la de defender el equilibrio inestable del aparato psíquico y de proteger la relación entre el sujeto y el mundo exterior.

Cualquier fallo, o insuficiencia o incapacidad en el sistema defensivo del yo puede poner en peligro la unidad y la integridad del yo. Los mecanismos de defensa son elaborados por el yo y utilizados por el yo para responder y adaptarse a la fuerza energética pulsional del ello, a las exigencias del super-yo y asimismo a los requerimientos y demandas del mundo exterior. Por otra parte, los mecanismos de defensa del yo, que sirven para mantener el equilibrio y la armonía entre todas las instancias, son también una muestra de la fragilidad del yo, de su posible debilidad. En definitiva, son una especie de indicador o de muestrario, que pone de manifiesto las tensiones, la naturaleza de los conflictos, y muestran también el resultado psicodinámico de esos conflictos. Los mecanismos de defensa del yo son como una

escritura codificada que indica cómo son los conflictos y cuáles han sido los compromisos adaptativos del yo para lograr la supervivencia y el posible equilibrio o – en su defecto – el grado de desequilibrio.

Los mecanismos de defensa pueden dejar ver, a través de su prisma codificado, la psicopatología que tratan de ocultar. Así una fuerte represión con desplazamiento puede indicarnos el subyacente trastorno de ansiedad o fóbico. Un mecanismo de negación-denegación puede sugerir o mostrar sintomatología psicótica y/o rechazo de la realidad exterior. Un mecanismo de conversión nos indicará una patología de naturaleza histérica. Un fuerte y rígido mecanismo de defensa de formación reactiva dejará traslucir la obsesión compulsiva o la estructura obsesiva, etc.

Los mecanismos de defensa, las funciones del yo y la estructura del yo, globalmente considerada, nos muestran cómo es el yo, qué naturaleza tiene, cómo se comporta, cómo se debate ante los conflictos, cómo se descompensa, cómo entra en regresión, cómo elabora los síntomas y cómo escoge (aunque no libremente) el camino y el cauce de una u otra forma de enfermar mentalmente.

Se ha debatido mucho sobre los "cauces" que escoge el yo para enfermar. Esos cauces ¿son previsibles?, ¿son tipificables? Porque lo que tenemos muy tipificable y ampliamente descrito es todo lo que tiene que ver con las formas de aparecer y de mostrarse las enfermedades mentales, pero ¿y el yo? ¿lo tenemos realmente tipificado en cuanto al conocimiento de su psicopatología? ¿sabemos verdaderamente cómo es el yo neurótico, el yo psicótico, el yo caracterial, el yo perverso, etc?

Para acercarnos al problema vamos a abordar, aunque sea brevemente, la naturaleza del yo de las formas más amplias y mas frecuentes de la psicopatología humana:

1. El yo neurótico. (De las neurosis sus formas clínicas).
2. El yo psicótico. (De las psicosis y sus formas clínicas).
3. El yo psicosomático. (De los trastornos somatomorfos o psicosomatosis).

Acercarnos a la base fundamental de la psicopatología humana del yo implica indagar en la estructura del yo, pues el yo es el lugar donde suceden buena parte de los hechos de la vida psíquica, es donde se resuelven los conflictos o donde se fracasa en ellos, es el lugar de las vivencias y el campo en el que se desarrollan las enfermedades mentales. Como diría Henri Ey del yo respecto a la personalidad: "el yo es el dueño de su carácter, el autor de su personaje, el artífice de su mundo y el sujeto de su comportamiento".

A lo largo de la vida del yo va formándose primero, adaptándose después, mostrando la base de la personalidad después y finalmente adquiere una estructura que va a ser más o menos permanente para el resto de la vida. Estructura sobre la que van a sucederse los diferentes eventos vitales y aconteceres psicopatológicos. Pueden aparecer conflictos con el mundo exterior, puede haber toda clase de fluctuaciones del estado de ánimo, puede haber enfermedades psíquicas que tienden a la cronicidad, etc.

La estructura del yo va a ser ese fondo permanente que va a sustentar al sujeto a través de todas las vicisitudes de su vida. El estudio de la estructura del yo y su profundización en él nos es muy útil para percatarnos de la gravedad de una enfermedad mental, de su naturaleza, de su pronóstico y de su evolución. La estructura del yo es lo que puede darnos un conocimiento longitudinal de la psicología y de la psicopatología del enfermo, más allá de las vivencias y más allá de la sintomatología actual que el paciente presente.

También puede servirnos para hacer el diagnóstico precoz de muchas entidades psicopatológicas, como sucede actualmente con los esfuerzos que están haciéndose para conocer la estructura premórbida de la esquizofrenia y los signos y síntomas prodrómicos.

La estructura del yo es una especie de mosaico de lo que somos, de lo que podemos ser y de lo que queremos ser. Es la resultante de las elaboraciones intrapsíquicas con lo que se tiene inicialmente y lo que se construye en un medio ambiente determinado.

Pero veamos, aunque sea esquemáticamente, cómo son algunas estructuras del yo.

El yo neurótico

Se caracteriza fundamentalmente por estar en situación de conflicto permanente (conflicto neurótico). Las tensiones intrapsíquicas no son resueltas debidamente, por lo que hay una vivencia de sufrimiento continua. Los mecanismos de defensa tienen que hacer un gran esfuerzo para controlar la ansiedad provocada por la fuerza de las pulsiones no satisfechas y no utilizadas apropiadamente, que ponen en peligro la estabilidad del yo, lo amenazan y lo mantienen desasosegado.

El yo neurótico es inseguro. Se siente amenazado y no supera las amenazas. Las más grandes y desmedidas para sus posibilidades.

Es inestable. Ansía la estabilidad para poder sentirse libre de la angustia, pero no sabe cómo conseguirlo.

El yo neurótico no está bien identificado. Sus aspiraciones a identificarse con los modelos paternos y los ideales sociales han fracasado. Sus excesivas expectativas infantiles narcisistas han hecho imposible la identificación real y apropiada.

El yo neurótico es temeroso. Tiene miedo de todo y de nada. Tiene miedo a la vida y a la muerte. Es un miedo que le atenaza, que lo domina, que lo desborda. Es un miedo ilógico, irracional, inevitable, consustancial.

El yo neurótico es débil. Débil ante el mundo exterior y débil también intrapsíquicamente, ante el ello y el super-yo. Con frecuencia para intentar superar su debilidad desarrolla excesivamente sus mecanismos de defensa, que aun así no consiguen fortalecerlo, sino solamente camuflar su debilidad.

El sistema defensivo del yo neurótico es insuficiente. Hace aguas y tiene fugas diversas. La insuficiencia favorece a la aparición de síntomas de diferente naturaleza: síntomas ansiosos, fóbicos, obsesivos, histéricos, etc.

El yo neurótico huye de la realidad, intenta evitar enfrentarse a ella. No quiere confrontaciones. Prefiere evitar la dificultad, huir de

ella, rodear el obstáculo cogiendo otro camino, prefiere desplazarse antes que luchar. Pero el yo neurótico no pierde el contacto con la realidad. Está muy atento a ella. La observa, la vigila. Es muy sensible a la realidad exterior circundante. Sobre todo en lo que tenga que ver con él directamente o tenga cierto grado de proximidad.

Las relaciones de objeto son incompletas. Defectuosas. Les falta estabilidad y continuidad. Les falta profundidad. Sus relaciones objetales son insatisfactorias para él y, generalmente, para los objetos sujetos de sus relaciones.

El yo psicótico

Se caracteriza básicamente por la grave alteración de sus funciones, por su incapacidad generalizada ante la realidad exterior y por el fracaso de sus procesos adaptativos, que lo conducen a una regresión masiva.

El yo sicótico, en la grave alteración de sus funciones que padece, falla en una función esencial que es la de la unidad del yo. El sentimiento de unidad del yo se resquebraja en los psicóticos. Se produce una escisión, una disociación.

Inexcusablemente hay que hacer referencia a la visión kleiniana del yo psicótico. Melanie Klein, para explicar las psicosis, postuló la regresión del yo al estado esquizo-paranoide o posición esquizo-paranoide del desarrollo psicogenético infantil. Posición esquizo-paranoide por cuyo período atraviesa el yo normal en torno a los 6-7 meses de edad, y que consiste en el intento de escisión que hace el niño en dividir el objeto ralacionál en objeto bueno y objeto malo. La superación de esta fase consistiría en reconocer y aceptar que el objeto relacional es parcialmente bueno y parcialmente malo, y asimilar la ambivalencia que esa dicotomía produce.

El yo psicótico, en cambio, no puede hacer la fusión entre el objeto bueno y el objeto malo. Intenta incorporar el bueno y rechaza el malo, sin aceptar la realidad de su globalidad, con lo que se va produciendo el "splilling", la escisión.

Aparece así un "yo dividido" del que hablara Laing. La escisión, la disociación puede ser tan intensa que el paciente tema la disolución, la disgregación, lo que la escuela francesa ha llamado "l'angoisse du morcellent", o angustia de troceamiento, de despiezamiento. En definitiva, la angustia de destrucción no solamente porque le falta el sentimiento de unidad del yo sino también porque le fallan otras funciones elementales como la función de integración y la capacidad de síntesis.

Ante el peligro de destrucción del yo psicótico se refugia en su narcisismo. Narcisismo al que nunca ha renunciado. Narcisismo primario, diríamos, para diferenciarlo del narcisismo secundario, más propio de los trastornos neuróticos y de otras entidades psicopatológicas.

El enclaustramiento en sí mismo determinado por el irrenunciable narcisismo conduce al autismo psicótico.

En el autismo, el yo psicótico aspira a autosatisfacerse, al mismo tiempo que renuncia a las relaciones objetales apropiadas y al contacto con la realidad exterior. Dos características, éstas, típicas del yo psicótico.

Las relaciones objetales son sesgadas e inapropiadas El yo psicótico tiende a acaparar al objeto. No respeta la situación de éste, ni sus peculiaridades, tiende a fagocitarlo, a incorporarlo. Si se le permite, el yo psicótico establece con el objeto una relación simbiótica, en la que objeto está a merced de las exigencias totalitarias de su narcisismo insaciable.

Desde la vertiente del contacto con la realidad exterior, al yo psicótico le cuesta mucho aceptarla. Le cuesta adaptarse a ella. Le cuesta el esfuerzo de responder a sus limitaciones y a sus exigencias. Para evitar los esfuerzos y las frustraciones provenientes del mundo exterior, el yo psicótico prefiere negarlo. Utiliza el mecanismo de negación (negación – denegación) para protegerse de la realidad exterior y no responder a ella. Es como si el yo psicótico dijera: "No tengo que responder a las exigencias de la realidad exterior porque no existe", "y no existe porque yo no la veo, o no la quiero, o no la acepto".

Como digo en uno de mis libros (conocer la enfermedad mental) para "el paciente psicótico delirante la realidad exterior no es lo que es, sino lo que él puede aceptar que sea". El delirio, en definitiva, es el resultado del intento que hace el yo psicótico de sustituir la realidad por la fantasía, la realidad por el deseo, lo que procede del mundo exterior por lo que se viene del mundo interior. Aun a costa, claro esta, de caer en la irracionalidad, en la inapropiación y en la regresión.

Suele decirse, en clave psicodinámica, que el yo psicótico cede ante las pulsiones del ello, en detrimento del super-yo y de la realidad exterior, y que el yo neurótico se pliega a las exigencias del super-yo en detrimento del ello.

El yo psicosomático (yo de los trastornos somatomorfos)

Podríamos decir que existe un "yo psicosomático" en todos aquellos pacientes que presentan algún tipo de trastorno somatomorfo o que tienen una manifiesta tendencia a somatizar. Las somatizaciones, en principio, son las manifestaciones corporales de las tensiones psíquicas. Son la expresión somática de los conflictos inconscientes.

En la dualidad psique-soma, ambas vertientes forman parte de un mismo todo. Son las dos caras de una misma moneda. ¿Qué le sucede al yo psicosomático para que siendo, como es, una instancia psíquica, que forma parte nuclear de una estructura intrapsíquica, como es el aparato psíquico, exprese sus tensiones a través del soporte corporal de la persona?

Una buena parte de los conocimientos que tenemos sobre la dinámica de los trastornos somatomorfos o psicosomáticos y de la estructura del aparato psíquico de los pacientes psicosomaticos se la debemos a la Escuela psicosomática de París, de orientación analítica y de originales investigaciones, tanto en los aspectos teóricos, como clínicos, como terapéuticos. Los más destacados miembros de dicha escuela son, como es sabido, Michel de M'Uzan, Pierre Marty y Christian David, en cuyos descubrimientos nos basamos.

El yo psicosomático presenta un fallo esencial del proceso de simbolización. No es capaz de dar ese paso tan importante y decisivo

para el funcionamiento psíquico que es la representación simbólica, la utilización de símbolos, para manejarlos intrapsíquicamente. El símbolo es algo que representa a otra cosa o a otro. El símbolo es un delegado de otra realidad, que se hace más manejable por el yo, más utilizable, más propio, al fallar en la representación de objetos para sus fines de interiorización, de elaboración intrapsíquica y de metabolización de la angustia en los conflictos inconscientes.

Un aspecto no desdeñable del defecto de simbolización es la ausencia de fantasías en las elaboraciones de los enfermos psicosomáticos. ¿Se trata de una ausencia total o casi total de la capacidad de fantasear?, ¿o más bien de la no utilización de las fantasías? Porque ciertos pacientes con trastornos somatomorfos sí que muestran alguna capacidad imaginativa.

La Escuela psicosomática de París se inclina por una explicación que tiene mucho sentido clínico.

Los pacientes con trastornos somatomórfos, aún aquellos que tengan una cierta capacidad imaginativa, no son capaces de "aprovechar" el contenido simbólico de las fantasías. El yo simbolizar, en el plano de la económica del yo no es capaz de utilizar el contenido de las fantasías.

Por lo tanto, el yo psicosómatico, fracasado en el proceso de simbolización y fracasando en el aprovechamiento de las fantasías, no puede resolver los conflictos intrapsíquicos, al no poder librar la guerra de los símbolos, y tiene que apoyarse en el soporte somático, para verter sobre él las tensiones no resueltas.

Paralelamente a la falta de simbolización, el yo psicosomático tiene excesivamente investido el cuerpo (investidura somática). O mejor dicho, tiene predominantemente investidos aquellos órganos del cuerpo que hayan sido de su elección, o de su preferencia, durante el desarrollo psicogenético infantil. La energía libidinal (catexia) se inviste en el aparato digestivo, o respiratorio, o circulatorio, o en la piel, que son los órganos de preferencia de expresión somatomorfa del yo psicosomático.

El malestar expresado a través de estos órganos sustituye a la angustia, y por lo tanto a la ansiedad y demás síntomas psíquicos. Las disfunciones de esos órganos expresan los conflictos intrapsíquicos habiendo dado un rodeo: el rodeo de la conversión de la tensión psíquica en disfunción somática.

El yo psicosomático habla con "el lenguaje de los órganos", como acostumbramos a decir. Y habla con el lenguaje de los órganos porque es incapaz de hablar y de expresarse con el lenguaje de los símbolos. A caballo entre lo neurótico y lo somatomorfo, el paciente histérico (histérica) convierte también el conflicto intrapsíquico en trastorno funcional somático, como sucede en la histeria de conversación precisamente.

En los procesos del pensamiento, el yo psicosomático se ve muy limitado para hacer abstracciones. Las elaboraciones abstractas le son muy difíciles, ya que no puede apoyarse en la simbolización, ni en las fantasías, para desarrollar plenamente un pensamiento abstracto. De ahí que el yo psicosomático, en el proceso del pensamiento se vea circunscrito, limitado al "pensamiento operatorio concreto". Característica bastante evidente en un buen número de pacientes con trastornos somatomorfos.

Y en lo referente al afecto, éste, al no poder apoyarse en la representación simbólica de los objetos, ni en abstracciones del pensamiento, se quede separado, bloqueado e inexpresado. Es la "alexitimia".

Los enfermos con trastornos somatomorfos no expresan sus sentimientos. No los ponen en palabras. No verbalizan sobre sus afectos. Hablan de sus síntomas orgánicos. Hablando de éstos se explayan y dan detalles. Se repiten con insistencia y esto es otra característica del yo psicosomático: la reiteración. La viscosidad. Esta tendencia del yo psicosomático a la reiteración y a la viscosidad producen como expresión somatomorfa la inercia clínica: El apego a los síntomas, a las recaídas.

El yo psicosomático se aferra al síntoma orgánico porque para él el síntoma es algo concreto, evidente, palpable, que los demás también

pueden ver y percibir, y esta concreción, esta evidencia del síntoma da sentido y justificación a sus quejas, a su malestar psíquico.

Quizás quepa aquí también una breve reflexión sobre el yo-placer y el yo-realidad. El yo-placer es un yo de fases tempranas que está embebido por el principio del placer y que debe hacer frente al principio de realidad para madurar, para consolidar su estructura y para adquirir capacidad de adaptación.

Tenemos la impresión de que en nuestra actual cultura occidental hay amplias tendencias educativas (en la familia, en la escuela y en la sociedad) que no favorecen la maduración del yo para poder ayudarle a dar el paso del yo-placer al yo-realidad.

Es algo así como si se pretendiera evitar todo tipo de frustración a los niños y adolescentes. Como si se les quisiera librar de la angustia vital. Inútil empeño que no parece sino prolongar más aún la inmadurez del yo.

Es probable que esta inmadurez y dependencia del yo esté dando ya sus frutos psicopatológicos, por los datos epidemiológicos que muestran índices inquietantes de trastornos de los hábitos, trastornos de la conducta y trastornos adaptativos.

Y finalmente podríamos decir, por extensión, que puede considerarse indirectamente como semiología del yo las formas clínicas de aparecer de cualquier enfermedad mental, en el sentido de que el yo participa en todas ellas, bien dándole forma a la sintomatología, o bien sirviendo de soporte estructural a la personalidad mórbida o premórbida.

LA MIRADA INTELIGENTE

Enrique Rojas Montes
Madrid

La inteligencia es la lucidez de la razón

La palabra inteligencia procede del latín: *intus, legere:* leer por dentro. No es fácil como veremos a lo largo de las páginas de este libro dar una definición sencilla y clara, pues debe decir de entrada que existen muchos de tipos, debemos de hablar de *inteligencias en plural* y como veremos en el capítulo 4, podemos describir una serie de modalidades de ella en donde los muchos matices que se dan, originan un inventario de modalidades, en donde ponemos el acento en una particularidad muy concreta.

Voy a ir dando una serie de definiciones, que no son sino una serie de pinceladas, que nos acercan, que nos aproximan a lo que realmente se esconde en su interior. *Inteligencia es capacidad para captar la realidad en su complejidad y en sus conexiones.* Es tener una visión verdadera de la realidad, con todo lo que eso significa. *Inteligencia es saber distinguir lo accesorio de lo fundamental.* Lo diría de otra manera: *capacidad de síntesis.* Y siguiendo el modelo del ordenador: *capacidad para recibir información (input), procesarla de forma adecuada y dar respuestas eficaces que se ajustan a la realidad (output)*. Por tanto: habilidad

computacional para seguir la línea mejor, el comportamiento más sano, para ser más libre e independiente. No debemos perder de vista que son muchas las dimensiones que se hospedan dentro de la inteligencia y que las iré desgranando en el curso de las siguientes páginas.

Y sigo con esta cascada de conceptos. *Saber utilizar los instrumentos de la razón*[1] *de forma eficaz y productiva*. Allí donde hay comprensión lógica o racional, allí hay una persona inteligente. Inteligencia es saber ensayar una solución adecuada a un problema concreto. En una palabra: libres juego de las facultades superiores para saber pensar, dirigiendo nuestra conducta de forma equilibrada, estando en la realidad.

El novelista William Golding en su libro *El señor de las moscas*, nos cuenta una historia protagonizada por náufragos. En una isla deshabitada un grupo de niños ha sobrevivido a un accidente aéreo y necesitan organizar su vida. Y aparecen dos niños: uno, Ralph es que bastante razonable y pide una normas… otro es Jack, que se convierte en su contrincante. Es la razón frente a la espontaneidad sin sujeción; el primero es más bien tímido y cerebral, el segundo es bastante más vital y llega a ser violento en su afán que no existan reglas: ¡que entre con fuerza el relativismo! Pero asoma un tercer personaje, Piggy, un niño listo y débil, asmático, que se da cuenta de la gravedad de la situación…y él quiere también una reglas y se acuerda de la central de autobuses de su pueblo, con sus luces y sus señales, que indican por donde hay que ir. Es importante saber que la *inteligencia natural*, la que cada uno tiene como dotación genética debe ser pulida, limada, retocada, ilustrada, para que se le pueda sacar el mejor rendimiento.

---

[1] Quiero agradecer el Prof. José Luis Mediavilla la invitación para colaborar con este trabajo mío, en las publicaciones periódicas de la Fundación Española de Psiquiatría, sobre todo en este año en el que el Congreso Nacional de Psiquiatría se celebra en Granada, ciudad en la que nací y estudié y a la que le tengo un enorme cariño.
Debo preguntarme cuales son *los principales instrumentos de la razón*. Solo un apunte al respecto: el lenguaje, que es la función principal de la comunicación, la lógica, el espíritu crítico, abstracción, juicio, el pensamiento operativo, etc.
Definir es limitar.

Por ello, *la inteligencia consiste en un conjunto de operaciones en donde manejamos la información remota y reciente, que da como resultado un comportamiento positivo, equilibrado, sano*. Hay un caudal de datos y experiencias que vienen de nuestra biografía y que deben combinarse con lo actual, se juntan el pasado vivido y el presente fugaz.

La inteligencia es el arte y el oficio de utilizar los distintos componentes de nuestro patrimonio psicológico (percepción, memoria, pensamiento, conciencia, afectividad, vida de los impulsos, voluntad, etc.) para responder a las incidencias de la vida personal, de la mejor manera posible. Esto significa que cuando actuamos, enjuiciamos o tomamos una decisión de cierta importancia, hay muchos ingredientes que se arremolinan ayudando y oficiando para que las cosas salgan del mejor modo. Es como una gran orquesta, que produce una sinfonía[2].

Pero las cosas no quedan solo ahí, *inteligencia es también la capacidad para hacer preguntar esenciales y dar respuestas coherentes y completas*. Poderosa conjunción de recuerdos, imágenes, sentimientos, reflexiones, etc. *Inteligencia es el arte de usar la computadora mental de cada uno, con dos elementos claves: objetivos e instrumentos,* medios y fines[3]. Hacer preguntas decisivas y buscar las mejores respuestas y poner todo ello en práctica[4]. Esto se lo explico a mis alumnos en la Universidad con ejemplos concretos, que no es el lugar.

En el animal existe un tipo de inteligencia que se mueve dentro de unos esquemas y programas establecidos, mientras que el ser huma-

---

[2] Mientras escribo sentado en el ordenador, escucho el Concierto nº 61 para violín y orquesta de Beethoven. Lo he oído en directo en varias ocasiones y es impresionante el tercer movimiento, el *rondo-allegro*, el solo de violín y como después entra toda la orquesta (violines, violas, instrumentos de viento, trompetas…). Eso es la inteligencia: el conjunto de profesores de la orquesta, cada uno con su especialidad y que gracias al director, sale un gran argumento musical.

[3] Este esquema dual es importante: el *objetivo* es aquello por lo que tengo que luchar; el *instrumento* es el modo de ir alcanzando. Qué y como. *Inteligencia es habilidad y eficacia en el procesamiento de la información*. Es una actividad superior de nuestra psicología, que no define, que dice como somos realmente.

[4] Dicho de otra manera, desde otro ángulo: *inteligencia es saber interiorizar sistemas de información personales, buscando siempre las soluciones más operativas.*

no es capaz de inventar y diseñar sus propios programas[5]. Una buena inteligencia sabe computabilizar lo *vivido* con lo *sabido*, la experiencia de la *vida* con los diferentes conocimientos que ha ido aprendiendo. Por eso, una inteligencia bien conjugada debe aproximarnos a un mayor grado de felicidad. Es *capacidad para aprender, tino para juzgar, imaginación y arte para gestionar la propia vida, aspirando a lo mejor*. Son muchos los factores: *inteligencia es aprender a discriminar.* Voy a explicarlo con unos ejemplos tomados de la vida misma, para ello me voy a valer de un cardiólogo, un ornitólogo, un catador de vinos y un psiquiatra. El cardiólogo ausculta con el fonendo a una persona que está explorando, él no tiene mayor agudeza auditiva que los demás, pero al ser un médico especialista en esa área, capta más información y es capaz de darse cuenta se hay un soplo cardiaco, una arritmia o latidos descompensados.

Al *ornitólogo* le pasa lo mismo: en la algarabía del bosque, aprende a distinguir el sonido de cada pájaro y sabe discriminar ese lenguaje etéreo, desdibujado, de contornos difusos. Se adentra en la selva de esos lenguajes y sabe ordenarlos y los clasifica y los agrupa.

El *catador de vinos* es un explorador minucioso de los caldos que tiene que probar y se detiene en cada una de sus cuatro fases: la visual, que le permite ver el color sobre una superficie blanca; luego mete la nariz en la copa, previamente movida y sus fosas nasales reciben las primeras impresiones del líquido elemento; después, viene el momento clave, que es cuando el vino es propiamente probado, las papilas gustativas se empapan de él y éste es capaz de decir que lo que experimenta; pensemos en un Malbec argentino, que tanta calidad tienen y uno puede decir, en esta tercera etapa de análisis:

---

[5] Recordemos los experimentos de Kohler con monos, a los que encerraba en unas jaulas altas, les ponía comida en la parte superior de la misma y unas cañas cortadas, que ea menester unirlas para alcanzar el lugar donde se encontraba la comida. La inteligencia animal se mueve dentro del instinto de conservación y eso funciona. En el hombre hay una superioridad enorme, por sus posibilidades de invención. Capacidad para penetrar en la realidad, observando sus zonas transparentes y opacas y escoger el mejor derrotero.
La inteligencia humana es la inteligencia animal repleta de un rico patrimonio psicológico, con tres notas abanderando la conducta: la libertad, la afectividad y la voluntad. Nada más y nada menos.

vino intenso, de sabor aterciopelado, que nos trae el recuerdos de frutos rojos tipo cereza, compota, café, bayas…sus diversos contenidos dejan un regusto a esos frutos rojos del campo, con toques de fresas desdibujados y sutiles: Y final, el retrogusto: largo, agradable, sólido, persistente, propio de un Malbec de calidad.

Y finalmente, asoma el *psiquiatra*, al que le sucede algo parecido a los tres personajes mencionados. Se sienta delante de una persona y aparece un diálogo abierto de preguntas, silencios y respuestas. Él va estudiando la ingeniería de su conducta, lo que dice y lo que calla y se revelan el lenguaje verbal, el lenguaje no verbal, el subliminal…una hora da para mucho, si éste sabe aplicar los instrumentos propios de la psicología y como adentrarse en su intimidad y descubrir cómo es su forma de ser, que le preocupa, cuáles son sus objetivos de vida… así como tener una apretada síntesis de su biografía.

Cada uno de estas cuatro personas tiene desarrolladas unas capacidades perceptivas bien distintas. No es que el cardiólogo tenga mejor oído que el ornitólogo o que el catador de vino sea más inteligente o que el psiquiatra sea una persona superior. No se trata de eso, sino de que cada uno ha desplegado un potencial de discriminación muy concreto. Eso es la *inteligencia específica*, que se especializa en una materia y la observa y estudia con detalle, con precisión. La inteligencia *consiste en una conjunción de operaciones mentales, en las que entran en juego muchas piezas informativas, que se mezclan y a la vez, se agrupan.*

La mirada inteligente

Por ejemplo, una persona ilustrada, con un cierto nivel de cultura literaria, nos ofrece una visión de la realidad que se escapa de los linderos normales. Por ejemplo, me voy a Quevedo (siglo XVI-XVII) uno de los grandes poetas del Siglo de Oro español, con un dominio de la escritura excepcional y traigo aquí un texto suyo que revele ese especial *inteligencia literaria o metafórica* para contarnos lo siguiente: " Era un clérigo cerbatana, largo solo en el talle, una cabeza pequeña, pelo bermejo, ojos avencidados en el cogote, que parecía que miraba por cuévanos, tan hundidos y oscuros, que era buen sitio el suyo para

tiendas de mercaderes. Los brazos secos, las manos como un manojo de sarmientos cada una. Mirado de medio abajo, parecía tenedor o compás, con dos piernas largas y flacas". Su inteligencia se prolonga más allá de sus palabras. Es la *mirada a través de la metáfora*. Su calidad al escribir nos abre un mundo rico y frondoso.

Me voy a otro gran poeta de ese tiempo, Lope de Vega , sabemos de él que era de un temperamento vital, vehemente y tierno, comunicativo y alegre y con un modo de hacer versos realmente extraordinario y copio este verso titulado por él "varios efectos del amor", un soneto sin igual cobre lo que es el amor:

Desmayarse, atreverse, estar furioso,
áspero, tierno, liberal, esquivo,
alentado, mortal, difunto, vivo,
leal, traidor, cobarde y animoso.

No hallar, fuera del bien, centro y reposo,
mostrarse alegre, triste, humilde, altivo,
enojado, valiente, fugitivo,
satisfecho, ofendido, receloso.

Huir el rostro al claro desengaño,
beber veneno por licor suave,
olvidar el provecho, amar el daño;

creer que un cielo en un infierno cabe,
dar la vida y alma a un desengaño:
esto es amor, quien lo probó lo sabe.

¡Que síntesis sobre el calidoscopio de lo que se vive en el amor! *La inteligencia es una forma de evaluar la realidad*. Son muchos los ejemplos que puedo traer a colación. Bécquer, poeta romántico del siglo XIX en su célebre libro *Rimas y leyendas* nos da unos brochazos sobre lo que significa la poesía:

No digáis que, agotado su tesoro,
de asuntos falta, enmudeció la lira;
podrá no haber poetas, pero siempre
habrá poesía.

Mientras haya en el mundo primavera,
¡habrá poesía!

Mientras haya un misterio para el hombre,
¡habrá poesía!

Mientras haya esperanza y recuerdos,
¡habrá poesía!

Mientras sentirse puedan en un beso
dos almas confundidas;
mientras haya una mujer hermosa,
¡habrá poesía!

Por eso una persona que tiene el hábito de leer, sabe expresarse mejor y tiene como una dilatación de la mirada para ver más, para apreciar los muchos matices que se dan cuando observamos la realidad con cierto detenimiento[6].

La inteligencia es un edificio con dos pisos, en la parte de abajo están el *orden, la constancia y la motivación;* la escalera que los uno es la *voluntad*; y en el piso de arriba, *los instrumentos de la razón*. En el sótano está la base, lo que le da solidez al edificio. La participación de la voluntad como iré explicando en el curso de las páginas de este libro, es esencial, clave, decisiva. Y en la parte de arriba se cuece lo que va a ser finalmente una *conducta inteligente*.

---

[6] La lectura es a la inteligencia, lo que el ejercicio físico es al cuerpo.

La inteligencia es la catedral conceptual de la razón. Y en ella se da una especie de bricolaje, en donde se integran un conjunto de operaciones diversas que deambulan dentro de cada uno de nosotros, mediante una serie de mecanismos: unos conscientes y otros inconscientes y automáticos, que se disparan como resortes aprendidos que hacen que nos comportemos de un modo u otro77. Saber mirar es comprender y captar[8]; es utilizar toda la información acumulada dentro de nosotros y que está archivada en la biblioteca de la memoria, ordenada de forma singular y que va funcionando según los avatares y ajetreos que la vida.

La inteligencia como capacidad para penetrar en la realidad

Son muchas las herramientas que se orquestan en la inteligencia. Pero lo que si debo de adelantarme en decir, es que casi todo depende del modo en el que captemos lo que vemos, lo que nos sucede, lo que nos encontramos delante y alrededor de nosotros. Hay una cuestión previa que no quiero dejarme en el tintero: *la jerarquía de valores.* Los valores son unos criterios previos que están formados en nuestro interior y que va antes de evaluar la realidad y de actuar, están ahí presentes. Son cosas, conceptos, ideas de nivel elevado que valen por si mismos en cualquier situación que se le pueda presentar al ser humano: la coherencia, la generosidad, el bien, la bondad, la sinceridad. No podemos preguntarnos: ¿estos, para que sirven? Porque valen por si mismos. *Los valores son criterios positivos para la conducta, que tienen buena venta en cualquier mercado.*

Es fundamental tenerlos bien clasificados. Cuando uno tiene una jerarquía clara, las cosas se simplifican y todo es más fácil. No todo es igualmente importante, pues los valores deben tener para cada uno una cierta altura, unos van primero y otros, después, los hay pro-

---

[7] Herbet Simon padre de la inteligencia artificial nos dice en su libro *Naturaleza y límites de la razón*, que la inteligencia bien organizada para lo que realmente sirve es para resolver problemas y necesidades concretos. En una palabra, inteligencia es eficacia.
El problema se plantea al descubrir que existen muchas inteligencias en plural y cada una tiene su especialidad y está centrada en un sector determinado de la condición humana. Por eso el tema se complica. Volveré más adelante sobre esta idea que ahora dejo aquí apuntada.

[8] Saber mirar es saber amar.

fundos y periféricos y lo importante es tener claro cuáles son por los que uno realmente se rige. De hecho los valores ponen en marcha los sentimientos[9]. Ellos se transmiten a través de modelos reales de vida ordinaria que son vistos y captados. Las palabras, llaman la atención y los ejemplos, arrastran. Por eso, aunque no nos demos cuenta a la hora de captar la realidad de forma inmediata o mediata, los valores que se camuflan en el fondo de nuestra personalidad actúan, aparecen y enjuician los hechos que tratamos de apresar.

Por eso la inteligencia no actúa de forma distante, glacial, viendo lo que tiene delante de sus ojos sin más, sino que los valores lo tamizan todo, aunque no nos demos cuenta de ello[10]. Todo esto tiene implicaciones muy amplias a lo largo de la actuación humana. No penetramos en la realidad sin más, sino que lo hacemos inevitablemente teniendo dentro de nosotros una serie de dimensiones que nos atraviesan de arriba abajo y que van a ser claves a la hora de valorar los hechos que analizamos[11]. Por eso es tan difícil dar una definición certera, precisa, concreta, de la inteligencia, ya que esta *plantea pro-*

---

[9] Son los dos grandes componentes del ser humano: inteligencia y afectividad. Son los dos grandes argumentos de la existencia humana, el corazón y la cabeza. Unos y otros apelan a la totalidad de la persona. Por eso los valores no pueden ser algo neutro, frío, desangelado… porque son claves a la hora de penetrar en los entresijos de la realidad: asoman, se ponen de pie, piden paso, tienen voz y voto…

[10] El pensamiento actúa a través de procesos representativos y simbólicos, haciendo juicios. La inteligencia es un organigrama amplio y variado que lleva a la actuación concreta, a un modo de conducta determinado. Entre ambos existen relaciones muy estrechas.

[11] Un ejemplo de esto que vengo diciendo es la noción de felicidad. *La felicidad no depende de la realidad, sino de la interpretación de la realidad que uno hace.* Tomás Moro muere en 1535 en la cárcel de Londres, solo, privado de su poder y de haber sido Lord Canciller de Inglaterra, sin nada material y en su último libro *Cartas desde la cárcel* dice que está feliz, que está contento, porque muere por sus ideales, defendiendo aquello en lo que él creía. *La felicidad consiste en estar contento con uno mismo, al evaluar la realidad y darse uno cuenta que está haciendo algo que merece la pena con su propia vida*. Desde fuera se ven unos hechos, pero desde dentro de captan otros.
Alexander Solcheniychen estuvo años en Siberia en uno de los terribles gulags y allí escribió *Una día en la vida de Iván Denisovich* y su libro esencial, *Archipiélago Gulag*, en el que él nos dice que está contento, a pesar de estar a 40 grados bajo cero y con 20 kilos menos de peso y tratado como si fuera un animal de carga… "porque estoy luchando contra el poder opresor del comunismo y algún día esto caerá y se sabrá la verdad brutal de lo que han hecho con nosotros". *La felicidad depende del modo de evaluar lo que nos pasa*, así de claro. Lo mismo

blemas y a la vez, los *resuelve*. Son diversas las facultades que se hospedan en ella para que apresar la realidad y lo que le rodea, sumando todos y cada uno de esos componentes que se mueven en su entorno. De ahí su complejidad. Lo decía Allen Newell, uno de los padres de la inteligencia artificial, que considera que hay dos sistemas independientes que funcionan dentro de ella: el de los conocimientos y el de las metas, el de la información y el del objetivo. Una cosa es saber lo que uno debe hacer y otra, hacerlo[12].

Captar la realidad por arriba y por abajo. El vuelo alto de las águilas lleva a ver todo en perspectiva, registrando las incidencias que se contemplan cuando uno se eleva de nivel. Somos miopes en relación con estos animales de vuelo superior. Pero a la vez, nos sumergimos por debajo de las aguas de la realidad, haciendo submarinismo, para fijarnos en la flora y fauna que recorren las aguas del mar que atravesamos. La inteligencia va de la *superficie* a la *profundidad*. Penetramos de cerca y de lejos en los hechos que vemos. El ser humano tiene la capacidad de tomar distancia de la realidad y distanciarse de ella y verla en perspectiva[13].

---

sucede con la inteligencia cuando se pone en marcha y trata de poner en claro lo que sucede, pequeño y grande, personal y general.
Remito a mi libro *No te rindas*, en donde he desarrollado más ampliamente estas cuestiones.

[12] Uno es lo que hace, no lo que dice. En el libro de Ovidio *El arte de amar*, nos encontramos en el frontispicio de la entrada del mismo, la siguiente sentencia: *video meliore provoque sed deteriora, sequor*: "veo lo mejor y lo apruebo, pero sigo lo peor". Es la diferencia entre la teoría y la práctica de la vida; tener las ideas claras sobre el camino que uno debe seguir es importante, pero hacerlo es decisivo. Nada más y nada menos.
El animal más desarrollado filogenéticamente es el mono. Una cosa es la *inteligencia animal* que responde a programas de conducta previamente establecidos y de los que no se puede salir, y otra la *inteligencia humana*, que rebasa esos programas, los desborda e inventan escapadas y vericuetos sorprendentes de actuación, según la diversidad de acontecimientos que se le puedan presentar; catalogarlos sería en cuento de nunca acabar.

[13] Hay dos perspectivas inteligentes: la del *hombre romántico* que describe la corriente de un río desde dentro, estando metido en el torrente del agua que circula bajo sus pies y por tanto, la descripción que hace es viva, directa, clara, el agua circula por sus piernas. Por el contrario, la otra perspectiva es la del *hombre clásico* que describe la corriente desde fuera, a una cierta distancia y por tanto, su análisis es más frío, menos directo, más desapasionado… más objetivo.

La realidad tiene dos dimensiones: una objetiva y otra subjetiva. Lo que se ve de forma imparcial, notarial, fáctica, fotográficas…El bien propio de la inteligencia es abrirse a ella, a lo real. Y otra, que tiene que ver con el modo de interpretarla, viéndolo todos según tantas cosas como se hospedan y habitan dentro de nosotros. Comprender al hombre es interpretar lo que vemos que le sucede; verlo desde dentro y esa es una tarea de espeleología; eso es la hermenéutica[14]. Por eso puedo decir que *interpretar es comprender la forma y el sentido*, se va más allá de los datos que la retina nos muestra[15]. La inteligencia aprecia más de lo que recibe. Y lo hace por los muchos componentes que hay dentro de su mundo y que se mueven y circulan y saltan y enfocan: percepción, memoria, pensamiento, conciencia, afectividad y un largo etcétera. *La inteligencia ilustrada da más de lo que recibe.* De ahí su grandeza[15 bis].

Madrid 24 de Febrero del 2018

Cercanía y distancia. Proximidad y lejanía. El ser humano es un animal de lejanías. Eso se la inteligencia: *capacidad para bucear en los hechos que contempla y aprehenderlos en sus diversos segmentos y en su totalidad.*

[14] se la puede definir como la ciencia que es capaz de interpretar la realidad. Esto está en Heidegger en su libro *Ser y tiempo*. Y que luego se prolonga con las investigaciones de Gadamer y su escuela.
Esto quiere decir que todo está condicionado por "las gafas con las que vemos los hechos que estudiamos" y que pueden ser de tipo físico, psicológico, social, cultural y espiritual. La pluralidad que se esconde en cada hecho real es rica y frondosa. Por eso, hay derrotas objetivas (se ha perdido, claramente), que pueden ser "vistas" como éxitos, al utilizar un ángulo concreto de exploración.
El tema da para mucho.

[15] Remito al lector interesado a mi libro *No te rindas*, en donde cuento ejemplos de biografías durísimas, con historias personales repletas de sufrimiento, que fueron *interpretadas* de forma muy positiva: desde Solchenitchen a Victor Frank, pasando por Jobs o Nelson Mandela o Vacklav Havel. *La felicidad depende del modo personal de evaluar la realidad.*

ESPIRITUALIDAD Y RELIGIOSIDAD

Juan Francisco Díez Manrique

Santander

Comenzaremos afirmando que muchos de los conceptos a los que nos referiremos, corresponden a lo que en psicología se denominan "constructos". Son entidades hipotéticas difíciles de definir en el marco de una teoría científica. Los constructos no admiten su observación, no son tangibles; los aprehendemos a través de datos que nos permiten inferir su existencia y extraer de ellos variables, que posibilitan incluso, elaborar teóricas cuantificaciones de los propios constructos.

En una radical simplificación, podríamos afirmar que espiritualidad, y religión, personalidad, carecen de existencia.

Para intentar concretar el significado de cada uno de los términos a los que nos iremos refiriendo, utilizaremos las definiciones que para ellos da el diccionario de la RAE que define espiritualidad como "conjunto de ideas referidas a la vida espiritual" (4) o como, "dicho de una persona: Muy sensible y poco interesada por lo material" (2)

Espiritu se define como "alma racional" (2) y el alma como "el principio que da forma y organiza el dinamismo vegetativo, sensitivo e intelectual de la vida" (1); "en alguna religiones y culturas, sustancia espiritual e inmortal de los seres humanos" (2).

Para intentar estudiar este dinamismo vegetativo, sensitivo e intelectual de la vida que configura el psiquismo humano, se ha optado por una fragmentación que permite analizar por separado conceptos

imposibles de ser aislados. Ello sumado al desmedido afán del manejo estadístico de datos ha conferido a estos estudios un cierto clima de objetividad del que carecen. Se multiplican los trabajos referidos a instrumentaciones cerebrales, mecanismos de adaptación, o estrés, mientras otros conceptos como fantasía, mente, conciencia, y la propia espiritualidad son tratados con menor frecuencia.

Todos estos conceptos corresponden a parcelas del psiquismo, íntimamente ligadas entre sí, interactuantes y que sólo pueden ser separadas artificialmente para intentar su teórico estudio.

Para abordarlos, e incluso para aceptar la existencia de estos conceptos hemos de admitir la conciencia que permite su vivencia y la posibilidad de comunicar esta. Determinadas técnicas de neuroimagen o electromagnéticas pueden aportar datos sobre nuestras vivencias y dibujar y colorear intencionalidades, pero las vivencias son privativas del sujeto que las experimenta. La conciencia de nuestras vivencias es una cuestión absolutamente personal que no podemos transferir a otro y que exige para poder experimentarlas una "conciencia del yo" capaz de percibirlas e integrarlas como propias 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 (26,27,28,29)

Años niño	*Periodos*	*Características*	*Años humanidad*
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 (del sol dios al dios). En ese periodo evolutivo de la humanidad nacen los grandes mitos universales (diluvio) y germinan las religiones.

La riqueza funcional que ha conseguido el cerebro humano no es un logro individual sino de especie. En mi cerebro y conciencia están las huellas genéticas y memicas de la humanidad que me ha precedido, y en ellas impreso, el destilado consciente e inconsciente de las creencias y elaboraciones míticas de la especie.

Cuando el grito del primitivo se convierte en palabra, adquiere el hombre el poder de cosificar y sobre todo de cosificarse ante sí y los otros, pudiendo expresar contenidos mentales que se relacionan con el mundo exterior, tangible y consigo mismo.

Podemos suponer que nuestros ancestros, 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; construyera con ellos y para ellos fantásticas historias pobladas de espíritus benignos y malignos. Los hechos dependían de poderes ocultos que escapaban a su comprensión. No obstante se había producido un hecho importante; el hombre había adquirido la capacidad de nombrar los fenómenos que contemplaba, al nombrarlos tenía la creencia de poder influir sobre ellos. Ruega a los dioses que eviten los sucesos indeseables, que mantengan los beneficiosos y que combatan a los dioses malignos, creadores de los primeros. El hombre actual ha sustituido parte de estas convicciones por la de la causalidad; creemos conocer la causa de todo lo acontecido y de aquellos sucesos cuyas causas desconocemos, tenemos la firme certeza que las sabremos algún día.

Como la conciencia de objeto y sujeto no están bien diferenciadas, el hombre, de alguna manera, se siente inmerso en los propios fenómenos y se considera participe y hasta actor de ellos. Esta inmersión en el mundo se acompaña de profundos sentimientos, sentimientos que terminan identificándose con los propios fenómenos. Estos sentimientos van forjando poco a poco un entramado consciente e

inconsciente en el que se configuran los "arquetipos", que dan soporte a la evolución humana. Los arquetipos son imágenes unidas a emociones que constituyen la base de las grandes construcciones mitológicas. El medio social se encarga de dar forma colectiva a estas creaciones, unirlas a creencias, elaborar dogmas y ahormarlas en cultos y ritos; constituyendo el germen del hecho religioso.

Conviene separar adecuadamente la religiosidad de la espiritualidad.

Retornando al concepto de conciencia individual, interna, del esquema de Wilber, podemos admitir en dicha conciencia diversos estados. En estadios primitivos se pude hablar de una subconciencia, centrada en los objetos externos y el propio cuerpo, a veces difícil de diferenciar y que da lugar a una especie de comunión del individuo con la corporeidad objetal (yo soy mi cuerpo). En una etapa evolutiva posterior, la conciencia puede centrarse en la propia mente y en el "yo". En un periodo posterior de la evolución la conciencia se expande al universo que forman "los otros". Como él mismo, "los otros" pelean y mueren pero también tiene la capacidad de ser generosos. Esta toma de conciencia ha permitido al hombre salir de "si" e integrarse en un todo que se expande de sí mismo a un medio más universal. Desde aquí busca algo más perdurable, eterno, que evite la inexorable muerte, la fechas de caducidad impresa en el código de barras de nuestro envoltorio y que tratamos de negar de forma fantástica. Desde esta conciencia el hombre enfrenta la espiritualidad. Es capaz de interesarse por los sentimientos, por otros aspectos inmateriales y por la religión; y sobre todo, es capaz de interesarse por "el otro". El hombre es capaz de hallar la espiritualidad a través de sus semejantes.

La tendencia espiritual está impresa en nosotros y es un elemento de manifestación de nuestra personalidad que puede ser medido (Escala de auto transcendencia de Rober y Cloninger). Es un rasgo de personalidad que según estudios realizados sobre gemelos, tiene un componente hereditario (Dean Hamer).

El hombre intenta canalizar esta potencial espiritualidad. Puede satisfacer o mitigar estas tendencias con un acercamiento al mundo de la religión que, como dijimos, es necesario diferenciar de la espiritualidad. Así como esta forma parte intima de nuestra personalidad, la religiosidad, por el contrario, se adquiere en un proceso de aprendizaje social; la religiosidad ahorma a la espiritualidad en credos y rituales que la dogmatizan.

Una vez que hemos enmarcado espiritualidad y religiosidad en torno a los elementos del psiquismo, hemos de resaltar que la espiritualidad forma parte de la personalidad y se hace evidente en las facetas expresivas de dicha personalidad.

La personalidad es definida por la RAE como la "diferencia individual que constituye a cada persona y la distingue de otra". La personalidad hace referencia a aspectos conductuales y a las vivencias acompañantes; se enfatiza en que posee notas diferenciales para cada individuo y que persiste, más o menos estable, a lo largo de la vida.

Las definiciones de personalidad pueden ser múltiples y hasta contradictorias dependiendo de los enfoques utilizados para su comprensión (biológicos, psicológicos, sociales) y de las orientaciones doctrinales adoptadas en cada uno de estos enfoques. No se puede definir la personalidad sin especificar previamente el marco teórico en el que pretendemos asentar nuestra definición.

Pueden aceptarse, no obstante, tres elementos básicos para definirla: Depende de vivencias y otros factores internos, relativamente estables, difíciles de medir. Las conductas se mantienen de forma consistente en distintas situaciones vitales. Estas conductas, que son singulares, son distintas a las que tienen otras personas en esas mismas situaciones.

Ya Hipócrates diferenció cuatro tipos de personalidad dependiendo de los "humores" que predominaban en la interrelación alma-cuerpo: Sanguíneo, melancólico, colérico y flemático.

Mucho tiempo después, uno de los primeros intentos para entender la personalidad parte del enfoque de Kretschmer que a unos

rasgos constitucionales (leptosómico, atlético y pícnico) asigna una correspondencia de tipos psicológicos (esquizotímico, isotímico, ciclotímico) y hasta unas equivalencias patológicas (esquizofrenia, epilepsia, P.M.D.).

Tras estos enfoques constitucionales, fisiognómicos, a veces estigmatizantes (Lombroso), uno de los enfoques más utilizados en el estudio de la personalidad ha sido el de la aceptación de la existencia de "rasgos". Correspondería a cualquier aspecto estable del comportamiento de un individuo, que lo diferencia de los demás. Los rasgos han sido delimitados mediante análisis factoriales para lograr aislar sus dimensiones básicas.

Hasta aquí algunas de las formas que se han buscado para adentrarse en el conocimiento de la personalidad. Al margen de ellas, el ser humano, que se nutre de relaciones mentalistas; pretende conocer en todo momento el sentido íntimo, el significado, que tienen las palabras o las conductas del prójimo y comprender así su personalidad. Se pone "en su lugar", y en este constante adentrarse en el otro, escudriña su yo y lo define y construye sus propias clasificaciones en las que encajar las distintas personalidades. Estos esquemas están cargados de prejuicios, son a veces contradictorios y no están exentos de juicios valorativos morales. Dividimos así a las personas en buenas, malas, trabajadoras, vagas, alegres, tristes, honestas, sinvergüenzas, etc. Sin embargo, en muchas ocasiones estas definiciones de personalidad populares tienen una gran precisión y certeza. Esto es así porque de nuestra poliédrica personalidad exhibimos las caras que estimamos más convenientes para que se nos valore positivamente, ocultando las negativas; pero al tiempo, y sin pretenderlo manifestamos parte de nuestras facetas ocultas y desconocidas y a través de ellas nos manifestamos ("se nos ve el plumero").

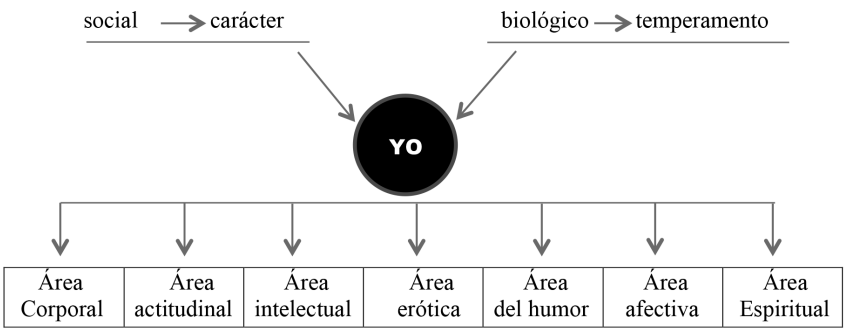
Este conocimiento que tenemos del otro y el que tenemos de nosotros mismos, hace que nos definamos o nos definan, a veces de forma muy estereotipada. Todos nosotros hemos oído a familiares, amigos y otras personas un adjetivo definitorio que da respuesta a un "tú siempre has sido".

Es una buena práctica clínica preguntar al entrevistado como le ven los demás, en virtud de la afirmación "tú siempre has sido". Las respuestas obtenidas suelen corresponder a los adjetivos: responsable, travieso, serio, mentiroso, terco o cabezón, trabajador, alegre, cariñoso, etc. Cuando la pregunta, en vez de al interesado la hacemos a personas de su entorno, las respuestas, algunas veces difieren y están casi siempre revestidas de una mayor crudeza expresiva: "chulo", "presumido", "hipocondríaco" , "blando", "rígido", "meapilas", "psicópata", "listo", "tonto perdido", "oligofrénico", "pendón", "triste", "cardo", "cariñoso", "simpático", etc.

El hombre, su yo, está definido, por su carácter y su temperamento. El último viene determinado por componentes biológicos y tiene una dependencia genética; el primero está determinado por el ambiente sociocultural y su dependencia está ligada a los "memes". El concepto de meme debido a Dawkins se correspondería con unidades de transmisión cultural que nos conforman socialmente como lo hacen los genes en lo biológico. Fruto de esta "herencia" genética y cultural un bebé de escasos meses reconoce y reacciona frete a expresiones de furia no vividas. Este cóctel bio-psico-social nos estructura a la vez que vamos elaborando formas expresivas para manifestarnos.

El poliedro de nuestra personalidad tiene multitud de caras para su expresión, pero pueden aislarse siete áreas que tienen tendencia y hasta necesidad de ser expresadas: Área corporal, actitudinal, intelectual, erótica, emotiva, afectiva y espiritual.

EL YO Y SUS PROYECCIONES



Todos exhibimos estas áreas en mayor o menor medida dependiendo del grado de satisfacción y equilibrio que nos confieren, con nosotros mismos y con nuestro medio. Cuando hacemos utilización casi exclusiva de una de ellas, o cuando el cuanto de expresión de una o varias se acercan a extremos positivos o negativos, rozamos la inadecuación personal y nos adentramos en conductas psicopatológicas. La sintomatología psicopatológica consistiría, entre otras cosas, en una falta de adecuación o desequilibrio de nuestros rasgos de personalidad en un medio dado. Si conseguimos por el contrario, mantener un equilibrio en la cuantía flexible de las áreas, rozamos la "normalidad". No obstante, tendemos a apoyarnos más en unas u otras hasta conseguir una estabilidad personal y propia que define nuestra personalidad.

La "seguridad" que conseguimos de una u otra forma es una vivencia, que tiene que ver más con la conciencia de sí que con la realidad, que es solamente la realidad que percibimos. En ocasiones la percepción de nuestros rasgos personales se corresponde con las que tienen nuestros semejantes; en este caso las manifestaciones personales se sitúan en el cuadrante de lo "evidente". En otras ocasiones no se producen estas coincidencias porque su localización pertenece al cuadrante de lo "desconocido" "oculto" o "ciego".

Cada una de las áreas de expresión que hemos reseñado se manifiesta en una escala entre dos polos, positivo y negativo.

ESCALAS DE MANIFESTACIÓN

	Corporal	Actitudinal	Intelectual	Erótica	Del humor	Afectiva	Espiritual
+	Exhibicionista	Puritano	Deshinhibido	Sádico	Maniaco	Cariñoso	Espiritual
–	Hipocondriaco	Sociópata	Inhibido	Inhibido	Depresivo	Hosco	Materialista

El área corporal traduce la aceptación que cada uno de nosotros tenemos de nuestro cuerpo. Es el cuerpo un elemento inquietante,

envoltorio de nuestro yo. Desde el punto de vista de la aceptación corporal caben dos opciones, la aceptación positiva o la negación de este. En el extremo positivo encontramos a los exhibicionistas vigoréxicos, siempre pendientes de su figura; en el negativo, los hipocondríacos, preocupados constantemente de su salud y de aquellos signos o síntomas que confirmen la precariedad de esta; o los dismorfofóbicos, pertinaces buscadores de inexistentes defectos físicos.

El área actitudinal hace referencia a aquellas posturas que nos sitúan frente a la ética; las normativas. En el extremo positivo de esta área se encontrarían aquellas personas rígidas y puritanas que ajustan su vida de forma rígida a normas preestablecidas, cuyo incumplimiento no conciben. Bien es verdad, que muchas de ellas suelen ser más exigentes con el prójimo que consigo misma. En el extremo opuesto del área actitudinal se encontrarían las personas con rasgos antisociales y hasta psicopáticos, dedicadas a infringir de forma sistemática toda norma.

El área intelectual es una en las que se hace más evidente el subjetivismo de nuestras valoraciones. Aunque es un hecho común a todas las áreas el que en muchas ocasiones no se corresponda la propia valoración con las ajenas o con la realidad, esta área es una en la que la subjetividad se hace más evidente. El refranero es categórico en este sentido: "No hay tonto que no se tenga por listo". En el área intelectual caben también dos posibles extremos, uno negativo, la inhibición y otro positivo, la desinhibición intelectual. El rasgo debe más su expresión al curso del pensamiento que al contenido del mismo. La facundia no suele estar en relación con los contenidos mentales y, el hablar de todo y siempre o el silencioso no opinar, no indican mayor o menor inteligencia; pero en muchas ocasiones es valorada esta por las capacidades expositivas y no por los contenidos. El polo positivo de esta área lo ocupan desinhibidos verbales, situándose en el extremo opuesto aquellas personas incapaces de expresar el contenido de su pensamiento. Algunas hipomanías son consecuencia de expresiones positivas extremas de esta área.

En el erotismo también encontramos un polo positivo de constantes búsquedas, promiscuidad y, a veces sadismo; frete a un polo de inhibición ante todo lo que suponga un compromiso en este terreno, incluida muchas veces la propia ternura no erótica.

El humor o estado de ánimo, se mueve en una escala que va de la alegría a la tristeza en cuyo extremo positivo se situarían los bufones, hipomaniacos, histriónicos; y en su extremo negativo, los depresivos.

La afectividad tiene, así mismo, un expresividad positiva, lo que entendemos por personas cariñosas y que suelen ser calificadas de forma extensiva como "buenas personas". En el extremo opuesto se sitúan las personas inafectivas, hoscas, de difícil comunicación empática.

La espiritualidad, presente en mayor o menor grado en el ser humano, puede, como dijimos medirse y cuantificarse (Dean Hamer). Desde el punto de vista de la espiritualidad el ser humano puede inclinarse al polo positivo, espiritual, o al negativo, materialismo.

Frente al medio, el hombre está obligado a una adaptación y existe una constante interacción entre ambos. Como especie el ser humano influye de forma decisiva en la modificación del medio, al que trata de dominar. Este dominio puede tener consecuencias no deseables y hasta catastróficas, aunque ya Levi Strauss aseguró que el universo comenzó sin el hombre y terminará sin él. En lo que este inevitable final llegue, además de la adaptación de especie, cada hombre tiene sus posibilidades de adaptación. Durante dicha adaptación su salud mental va a depender, además del cambiante medio, de la utilización que haga de su personalidad. Pasando revista a algunas de las manifestaciones de la personalidad, podemos valorar cuales de los rasgos reseñados y en qué cuantía pueden favorecer o dificultar la salud mental.

Desde el punto de vista corporal propicia una buena adaptación al medio el poseer un cierto equilibrio en esta área. La tendencia al polo positivo da lugar a dedicar parte de la existencia al cuidado y exhibición de la corporeidad lo que proporciona gratificaciones que aumentan al superar retos físicos en las etapas juveniles y adultas;

aunque a veces mantener estos retos no está exento de ansiedades. Finalmente precipita al individuo en las frustraciones derivadas de las seguras enfermedades y limitaciones que se van produciendo inexorablemente con la edad. Por el contrario un acercamiento al polo hipocondriaco asegura el constante sufrimiento que supone analizar de forma pormenorizada cada señal en busca de amenazantes enfermedades. Esta amenaza se torna universal y el medio se convierte en fuente de constantes peligros; debe cuidarse hasta el extremo el tipo de alimentación, higiene, etc.

Si el área actitudinal tiende en exceso al polo positivo, el individuo asienta sus códigos conductuales en severos esquemas éticos que pueden conducir a una rigidez, que no solo aplica a sus esquemas de conducta sino que trata de imponer a los demás. El medio suele ser hostil con ellos porque se convierten en molestos "pepitos grillos". Por el contrario, una cierta permisividad en las normas (sin llegar a extremos) hace al individuo más tolerante consigo mismo, y lo que es más importante, con los demás.

Conduce, sin duda, a una mejor adaptación al medio la posesión de un cierto nivel intelectual y una expresión verbal adecuada, ligada a él.

ESCALAS DE MANIFESTACIÓN

	Corporal	Actitudinal	Intelectual	Erótica	Del humor	Afectiva	Espiritual
+	↕		↑	↑	↑	↑	↑
–		↓		↓			

En el área erótica hay que distinguir dos componentes bien diferenciados el estrictamente sexual y los aspectos de ternura y entramado afectivo ligados a aquel. Todo ello debe enmarcarse en la evolución de ambos en relación con la edad. En la edad activa un buen desarrollo y expresión del componente sexual facilita la adaptación al

medio. A medida que se envejece, y o, si se pretende mantener la castidad, puede favorecer la adaptación una cierta inhibición. Favorece aún más esta adaptación un plus de ternura y afecto.

Por lo que se refiere al humor, facilita la adaptación al medio, una tendencia de este al polo positivo. Las tendencias depresivas aíslan y merman las posibilidades de interacción y ayuda.

Otro tanto sucede con el área afectiva; un ser atímico (incapaz de manifestar afectos) y hosco, encontrará serias dificultades para ser aceptado en su medio.

Una tendencia positiva de la espiritualidad confiere a la persona una mayor disponibilidad a compartir y apoyar y apoyarse en el otro, en busca de una trascendencia. Las tendencias negativas y el consecuente materialismo centran al hombre en sí y le tornan egoísta. Así como la espiritualidad facilita la adaptación al medio la materialidad la entorpece.

Podemos concluir que si no fuimos excesivamente puritanos y rígidos; conservamos una aceptable capacidad intelectual (sobre todo inteligencia emocional) y expresividad verbal; mantenemos un buen sentido del humor y no somos hoscos; poseemos cierta dosis de espiritualidad; mantendremos la capacidad de vivir y convivir placenteramente y podremos enfrentarnos al medio conservando de forma aceptable nuestra salud mental.

Es importante tener en cuenta que, aunque los rasgos de personalidad básicos tiende a perpetuarse, algunas de las áreas a las que estamos haciendo referencia tiene posibilidad de ser "educadas" y que pueden ser estimuladas o refrenadas, para buscar un mejor ajuste adaptativo.

Se puede aceptar que una tendencia espiritual positiva permite al hombre un mejor ajuste personal frente a supuestos desequilibrios psicopatológicos. Pero ¿cómo influye la religiosidad en el equilibrio psicológico? En líneas generales puede admitirse que suponen una ayuda añadida. No obstante hemos de advertir que se precisa la valoración simultánea del resto de las expresiones de personalidad que

hemos tratado previamente; entre ellas la esfera actitudinal y la propia esfera espiritual. Cuando el área actitudinal tiende al polo positivo, ya hemos dicho que las personas se tornan intransigentes y rígidas si a ello se suma una religiosidad más o menos acendrada, ambas cualidades juntas pueden transformar a su poseedor en un sujeto dogmático y sectario que intentará imponer sus ideas usando todos los medios desde el disimulo, a la coacción y la violencia.

En condiciones de normalidad actitudinal la religiosidad se convierte en un buen mecanismo de defensa.

El medio en el que convivimos suele ser fuente de constantes roces y hasta "agresiones"; cuando estos se personalizan se crea un clima de tensión que puede provocar serios desequilibrios. Aconsejaba Kipling en su poema en if que "nadie que te hiera llegue a hacerte la herida" o, "si engañado no engañas". Esta capacidad para no personalizar las agresiones es difícil y exige una renuncia y una disciplina personal, al alcance de muy pocos; ayuda la convicción religiosa que aconseje o "exija" la necesidad de perdonar. Desde el marco concreto de nuestra religión el problema más grave que se le platea al creyente no es la admisión de los múltiples, misteriosos e incomprensibles dogmas que la pueblan. Aseguraba Alberto Pico que muy pocos misterios de nuestra religión exigen compromiso personal para su aceptación; que el verdadero conflicto para un cristiano no es aceptar que Dios está en el pan Consagrado, lo verdaderamente comprometido es aceptar que Dios está en tu prójimo, incluso en ese a quien tienes sobrados motivos para odiar.

Para que la religiosidad pueda ejercer su papel protector es preciso que asiente sobre una dimensión positiva de espiritualidad. Si no se acompaña de espiritualidad, la religiosidad, por si sola ejerce escaso papel equilibrador y hasta puede potenciar algunos desajustes. Podría ponerse como ejemplo la biografía de Valerio del Bierzo.

Apoyos bibliográficos:

• Cloninger CR., Przybeck TR, Svrakic DM. The Temperament and Character Inventory (T.C.I.): a guide to its development and use. Washington University. 1994.

• Dawkins, R. The Selfish Gene. Oxford University Press. 1976.

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

• Diccionario de la lengua española. Editorial Espasa Calpe. Madrid. 2001).

• Díez Manrique, J.F. Valerio del Bierzo, ascetismo y orgullo. Cantabria Académica. Real Academia de Medicina de Cantabria, Santander 2011.

• Eysenk, H.J.; Eysenk, S.B.G. The manual of the Eysenk personality inventory.

• University London Press 1964. Adaptación española TEA 1975.

• Fernández Teijeiro, J.J. Del mundo y del yo. Edición de la Sociedad Menéndez Pelayo. Santander 2006.

• Foucault, M. Historia de la locura en la época clásica. Fondo de Cultura Económica. Madrid, 2002.

• Hamer, D. El gen de Dios. La esfera de los libros. Madrid 2006.

• Hampson, S. E. La construcción de la personalidad. Paidós. Buenos Aires 1986.

• Jung, C.G. Arquetipos e inconsciente colectivo. Paidos. Barcelona 1970.

•Levi-Strauss, C. Antropología estructural. Paidós. Barcelona 1987.

• Peña Martín, C. Evolución de las características de personalidad en la historia natural de los trastornos de alimentación. Tesis

Doctoral. Universidad de Oviedo. Departamento de psicología. Oviedo 1999.

• Piaget, J. La formación del símbolo en el niño. Fondo de cultura económica. México 1961.

• Retolaza Berasategui, A. La psicopatología insustancial en la era de la DSM-IV y la CIE 10. Rev. Aso. Esp. Neupsiqu. 22 (82). 2002 (67-74) .

• Wilber, K. El espectro de la conciencia. Kairós. Barcelona.1990.

•Wilber, K. La pura conciencia del ser. Kairós. Barcelona. 2006.

A PROPÓSITO DE LA UTILIZACIÓN DE LA TEC

Jesús Fernández Sandonís

Oviedo

En el reciente XXII Congreso Astur-Galaico de Psiquiatría, el Dr. José Ramón Silveira (La Coruña) presentó, en el marco de la mesa sobre actualización en terapéutica psiquiátrica, las "Novedades e indicaciones y contraindicaciones de la terapia electroconvulsiva. Consenso Español Terapia Electroconvulsiva 2017". Durante su exposición y en el debate posterior se habló, con extrañeza, de las diferencias existentes, en la utilización de esta terapia, entre las dos Comunidades Autónomas, la Gallega y la Asturiana. Como se trata de un hecho relevante creo que merece una reflexión.

Permítaseme la referencia a vivencias personales, solo serán dos y breves, la primera se refiere a como aprendí la utilización y aprecié eficacia de la TEC. Corrían los años sesenta del pasado siglo, yo estaba haciendo mi tesis doctoral en la Facultad de Medicina de Valladolid a la vez que trabajaba como medico interno y residente en el Hospital Psiquiátrico San Luis de Palencia. El ambiente estudiantil y de los médicos que nos estábamos formando era de pedir lo imposible. La TEC se veía como algo represor. Las primeras veces que vi utilizar, y luego utilicé, la TEC fue en el Hospital Psiquiátrico de San Luis, allí constaté su eficacia. Tengo que decir que fue en este Hospital en donde el Dr. Alfredo Prieto Vidal comenzó a utilizar en 1940, por primera vez en España, la técnica de Cerletti y Bini con un aparato fabricado por él. Sus experiencias fueron publicadas en la Gaceta

Médica Española. El aparato que fabricó estaba en el Hospital. Los clínicos, los que tratábamos psicóticos predominantemente, a parte de la revolución social que impregnaba el ambiente, teníamos mas fe en las aportaciones de la química que en las de la física. Cuando en 1969 realicé una estancia, con una beca del PANAP, en los Servicios Asistenciales Psiquiátricos de Ginebra, que en aquel entonces dirigía J. De Ajuriaguerra y constituían un referente mundial en Psiquiatría, constaté que allí también se utilizaba la TEC dentro de las diversas opciones terapéuticas, como una mas. Aquel año se estaba investigando las diferencias apreciadas en los déficits cognitivos según se aplicase la TEC unilateralmente, sobre el hemisferio no dominante, lo cual ya había sido recomendado por Thenon en Argentina en el año1956, o bilateralmente.

La segunda vivencia tuvo lugar en un escenario diferente, en la primera década de este siglo, trabajaba como Jefe de Servicio de Psiquiatría en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). Por motivos que analizaremos posteriormente en los Servicios Asistenciales Psiquiátricos públicos no se disponía de un aparato para realizar TEC y por lo tanto tampoco en el HUCA. Fueron atendidos pacientes en los que la indicación de TEC hubiera sido preferida a la terapia psicofarmacológica que, esa si, no teníamos ninguna restricción para su disponibilidad. Llegó un momento en el que teníamos ingresado un paciente grave, catatónico, con mala respuesta a los diversos psicofármacos, cuando planteamos a la gerencia la necesidad de recurrir a la TEC. Tras valorar las circunstancias, se nos facilitó la vía de aplicar la TEC en una Clínica Psiquiátrica privada, y así reiniciamos la utilización de la TEC en los Servicios Asistenciales Psiquiátricos públicos después de largos años. El tratamiento tuvo gran eficacia, pronto la repetimos en otros pacientes y tuvimos resultados similares. Esto contribuyó a que las actitudes ante la TEC, expresada predominantemente por parte del personal de enfermería, cambiara, ante la evidencia de su eficacia cuando se utiliza en las indicaciones precisas. Por lo que se comentó en el citado congreso, la utilización de la TEC, usando la misma vía, se ha generalizado a otros hospitales de la Red Asistencial Psiquiátrica del Principado.

Fuera ya de la organización asistencial pública, como me encuentro, me pregunto por las diferencias, en lo que a la utilización de la TEC se refiere, entre ambas Comunidades Autónomas, pues en lo referente a la utilización de otras terapias las diferencias son menores. Las raíces hemos de buscarlas en la propia historia de la asistencia psiquiátrica y en las ideas que la fundamentan. Como es bien conocido, esta terapia se inició basándose en la teoría de von Meduna según la cual existía un antagonismo entre la esquizofrenia y la epilepsia, teoría que resultó falsa pero que sirvió de inicio a las terapias convulsivas. La terapia convulsiva producida por electricidad la iniciaron Cerletti y Bini en 1938 y en España, como queda dicho mas arriba, la inició Alfredo Prieto Vidal en 1940. Se denominó electroshock, palabra con connotaciones de pánico y castigo. El propio cuadro convulsivo es conmovedor, el ataque epiléptico siempre fue eso, un ataque. No es de extrañar, por lo tanto, que la TEC tuviera desde el principio sus detractores, y que posteriormente fuera fácil de anatemizar. Con un poco mas de esfuerzo, y con el viento a favor de la socioterapia y la introducción de la quimioterapia, se construyó una pequeña leyenda negra. El hecho es que la TEC era, y es, una terapia eficaz, de preferencia en algunos cuadros clínicos, la parte negativa de esta eficacia de la TEC hay que achacarla al mal uso, utilizándose para otros fines fuera de la terapéutica, o abuso de la misma. No es de extrañar que en la década de los cuarenta del siglo pasado fuese la terapia predominante en los hospitales psiquiátricos pues era la terapia mas eficaz para muchos internos. Con la introducción de los neurolépticos, de los antidepresivos y del carbonato de litio se fue reduciendo su aplicación. Mi impresión es que la actitud de los jóvenes psiquiatras ante la TEC era mas negativa que la actitud ante las terapias farmacológicas o psicoterapéuticas. La TEC se veía como una terapia antigua, propia de los manicomios, con un mecanismo de acción desconocido, y menos acorde con las terapias de los otros especialistas. Compárese con la introducción del desfibrilador en la actualidad, y la actitud ante el mismo por parte de los médicos y de la sociedad.

Fue en la década de los setenta del siglo pasado cuando surgió la franca oposición a la TEC. La corriente de opinión que creó e impulsó, a través de los medios de comunicación, la antipsiquiatría como influencia asistencial e ideológica determinó la prohibición de la TEC en muchos hospitales del mundo occidental (California el mas destacado).

En el HPR de Asturias existía un aparato para la aplicación de la TEC, desde el Hospital General se desplazaba un anestesista cuando aplicábamos esta terapia en los casos indicados. Creo recordar que a finales de la década, de la noche a la mañana, el aparato para aplicar la TEC desapareció, si bien, es verdad que ya la utilizábamos en pocas ocasiones, pues el clima ideológico y actitudes de los médicos y la sociedad eran anti TEC, y en ello la influencia de los medios de comunicación y aún del cine fue muy importante. La película "Alguien voló sobre el nido del cuco" tuvo mas influencia en la actitud hacia la TEC que las publicaciones científicas de toda la década. Pero no solo la antipsiquiatría promovió nueva ideología que incitase al cambio en la asistencia psiquiátrica.

Si durante la mayor parte de los primeros dos tercios del siglo XX, la psiquiatría europea siguió las directrices del modelo kraepeliniano, con las aportaciones de la fenomenología, y la asistencia psiquiátrica fue predominantemente hospitalocéntrica, en USA se establecieron diferencias que merece la pena reseñar, aunque sea someramente, para entender lo ocurrido en estos lares, pues poco a poco la influencia norteamericana fue ganando adeptos hasta tomar un puesto de liderazgo.

Cabe decir que tras la segunda guerra mundial la psiquiatría experimentó en USA un desarrollo importante. Aunque el psicoanálisis había nacido en Europa fue en USA en donde la orientación dinámica en psiquiatría se generalizó. Recordemos la importancia que se concedía a la orientación dinámica en el tratamiento de las psicosis, con H.S. SULLIVAN a la cabeza de los teóricos. Igualmente el desarrollo del tratamiento en comunidades terapéuticas de orientación dinámica que se había iniciado en Inglaterra con Maxwell Jones y

que se generalizaron en USA, también el tratamiento en los hospitales se orientó siguiendo esta tendencia. Pensemos en el manual "The Mental Hospital" de Stanton y Schward, que tanto éxito tuvo, como referencia.

Por otro lado el desarrollo de la psicofarmacología en la década de los cincuenta del siglo XX , a partir del hallazgo de la clorpromazina por Delay y Deniker en el tratamiento de las psicosis, facilitó la posibilidad de aplicar la socioterapia e incrementar el número de altas de los hospitales.

Es clásico ya citar como gran impulso para el desarrollo de la asistencia psiquiátrica, el Acta de Salud Mental Comunitaria aprobada por el Congreso tras la alocución de J. F. Kennedy en 1963. Su importancia radica en primer lugar por el incremento de recursos que se dotan para el desarrollo de la asistencia psiquiátrica y en segundo lugar por el cambio que se produce en el énfasis de la asistencia comunitaria en detrimento de la asistencia hospitalaria. Los psiquiatras se preocupan mucho más por las cuestiones sociales prestando menos interés por la psicopatología.

Una consecuencia apreciada en USA fue que en poco tiempo el número de psicólogos en los equipos de Salud Mental llegó a ser igual que el de psiquiatras y muchos centros pasaron a ser dirigidos por psicólogos.

Así, la orientación psicodinámica, la orientación social y su conjunción freudo-marxista, cobraron una gran importancia en la ideología subyacente a la puesta en práctica de la asistencia psiquiátrica. Pero no es menos cierto que la orientación neurobiológica, de la mano de la psicofarmacología, facilitó la puesta en práctica de la psiquiatría comunitaria. Entre estos dos polos se situó la TEC, según el predominio de una u otra orientación, su uso osciló de ser frecuente a no utilizarse nunca.

El modelo comunitario se fue extendiendo por Europa desde 1968. Si bien ya desde la finalización de la segunda Guerra Mundial se inicia en Francia una reforma de los hospitales psiquiátricos, desa-

rrollándose la asistencia sectorial cuyo modelo fue la sectorialización de París.

La reforma de la asistencia psiquiátrica en Asturias tuvo sus peculiaridades y estas pueden explicar, en parte, las diferencias en la utilización de la TEC con la comunidad Gallega.

Hasta llegar a 1980 la asistencia psiquiátrica asturiana tuvo importantes cambios que la diferenciaron del resto de las comunidades españolas. Puede decirse que Asturias fue pionera en España en lo que se refiere a la reforma del sistema asistencial. Para bien y para mal.

En Asturias el cambio asistencial de los Servicios Benéfico-Sanitarios Provinciales comenzó con la creación de un Órgano de Gestión propio para su desarrollo (Orden del Ministerio de la Gobernación de 21/11/61). Se redactaron y aprobaron unos Estatutos para regular la organización y el régimen interior del mismo y un Reglamento para el funcionamiento de los Servicios. En un principio esta reforma se introdujo en el nuevo Hospital General y posteriormente se inició la reforma del Hospital Psiquiátrico, ambas instituciones dependientes del mismo Órgano de Gestión.

Quiero recordar el Art. 156 del citado Reglamento (1962) que en el capítulo referente al Hospital Psiquiátrico dice: "De acuerdo con lo previsto en los artículos 5 y12 del presente Reglamento y con el fin de evitar duplicidades de instalaciones y servicios, el Hospital Psiquiátrico funcionará en directa relación con el HGA para beneficiarse de todos los Servicios de éste. Si el Consejo de Administración así lo acordare, podrá instalarse en el HGA una Sección de enfermos agudos psiquiátricos cuando estos puedan beneficiarse de un tratamiento suficiente dentro de los módulos y niveles fijados al efecto en los artículos 58 y 60."Así mismo se prevé el tratamiento ambulatorio de los enfermos dados de alta del Hospital Psiquiátrico.(HP)

La reforma que se acomete en el HP tiene como consecuencia la clasificación de los enfermos en agudos y crónicos. Para la atención de agudos se sectorizó el territorio, creándose una unidad específica de ingreso para cada una de las zonas geográficas, atendida por un

equipo diferente. Para la atención de los crónicos se crea una Sección de Rehabilitación con múltiples talleres de laborterapia. Puesto que el alcoholismo tenía alta prevalencia se creó un Centro de Rehabilitación Alcohólica específico para el abordaje de esta patología.

Paralelamente se desarrollan unos Centros de atención ambulatoria en las principales poblaciones, lo que tuvo una relación directa con la disminución del nº de camas psiquiátricas.

Tomando el año 1973 como referencia, en España había 43.000 camas psiquiátricas lo que representa una media de 1,9 por 1000 habitantes. Fue el mayor nº de camas psiquiátricas alcanzado en España. En el HP de Oviedo teníamos 1135 camas para una población aproximada de 1200000 lo que nos da una media ligeramente inferior a 1 cama por 1000 habitantes.

Influenciados por la psiquiatría francesa este mismo año la organización asistencial del HP se reestructuró en 5 sectores con cabeceras en Oviedo, Gijón, Avilés, Mieres y Sama de Langreo. Además de en estas poblaciones se pasaba consulta ambulatoria en Luarca, Cangas del Narcea, Arriondas y durante varios años en Llanes.

Así continuó toda la década, con algún que otro añadido funcional, mientras se debatían las bases para la Reforma Sanitaria en España en la que se incluía la Reforma de la Asistencia Psiquiátrica, lo que se llevaría a efecto en la década siguiente. Por nuestra parte un grupo amplio de Psiquiatras elaboramos el Plan Piloto de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental para Asturias que publicó el Colegio de Médicos.

Es en la década de los años ochenta, y tras el paso de la corriente de la antipsiquiatría en la mayor parte de España, cuando tuvo lugar la Reforma Psiquiátrica en España.

La Ley General de Sanidad, Ley 14/1986 de 25 de Abril, configuró el Sistema Nacional de Salud y recogió las recomendaciones de la Comisión para la Reforma Psiquiátrica, quedando garantizado el derecho a la asistencia sanitaria pública, tanto para la enfermedad somática como para la mental. Anteriormente la asistencia psiquiá-

trica hospitalaria dependía de las Diputaciones Provinciales, las cuales mantenían los HP o Manicomios con un carácter mas benéfico que asistencial. Asturias fue una excepción, pues con la creación del Órgano de Gestión para la Reforma de los Servicios Benéfico Sanitarios estos se trasformaron es servicios sanitarios desarrollados. Así mismo la Ley General de Sanidad establece que la gestión de los servicios sanitarios corresponde a las Comunidades autónomas.

Asturias se constituyó como Comunidad autónoma del Principado de Asturias tras la aprobación del Estatuto por Ley Orgánica 7/1981 de 30 de Diciembre.

Las primeras elecciones a la Junta General del Principado se celebraron en 1983. El gobierno saliente incluyó una Consejería de Sanidad.

De los primeros pasos dados por el Consejo de Gobierno, en lo concerniente a la Reforma Psiquiátrica, fueron cambiar la Dirección y la Gerencia del HPR y crear una Dirección Regional de Estudios de Salud Mental, la cual tras realizar "el diagnóstico de la situación" se decantó por un modelo alternativo "que hiciera innecesario las estructuras arcaicas y desfasadas, como el HP, declarando su superación como una de las metas de esa Reforma". En la fase siguiente se crea la Dirección Regional para la Reforma de la Atención a la Salud Mental. Esta estructura técnico administrativa se la inviste de autoridad sobre todos los Servicios de Salud Mental dependientes de la Comunidad Autónoma (Decreto113/1985. BOPA de 10-01-86)

Adoptado el modelo comunitario, se fueron organizando los Servicios descentralizados de acuerdo con las 8 Areas del Mapa Sanitario, definidas en el plan de Comarcalización Sanitaria Regional, elaborado según decreto 25 de Agosto de 1978.

En esta década las dos recomendaciones de la Comisión para la Reforma Psiquiátrica (1985), que orientaron la evolución de la asistencia psiquiátrica asturiana, fueron que el enfermo debería ser tratado de forma preferente en su propio medio y sin hospitalizarlo, y que la atención primaria, como puerta de entrada, debería desempeñar un papel fundamental en la asistencia psiquiátrica.

Las Áreas Sanitarias, no muy diferentes a las que habíamos establecido con la sectorización de la asistencia psiquiátrica, se fueron dotando de dispositivos asistenciales ambulatorios. De hecho no todas constituyen una unidad funcional que garantice el tratamiento, rehabilitación y prevención de la enfermedad. En psiquiatría funcionan "en red", y algunas carecen de dispositivos fundamentales aun a día de hoy.

Se puso un gran énfasis en el desmantelamiento y cierre del HP, y en convertir los centros ambulatorios en CSM, ejes de la asistencia psiquiátrica.

La filosofía expresa era convertir la hospitalización psiquiátrica en secundaria y complementaria a la atención comunitaria. Para la atención a los enfermos agudos se fueron abriendo unidades de hospitalización psiquiátrica en los hospitales generales de Oviedo (1987), Gijón, Avilés, Mieres y Sama de Langreo, trasladándose allí la asistencia a los enfermos de las unidades respectivas existentes en el HP y cerrándose éstas. Las Áreas Sanitarias que no cuentan con unidad de hospitalización, Cangas del Narcea, Jarrio y Arriondas se les asigna unidad de referencia para que puedan ingresar a los pacientes que sea necesario. Los enfermos crónicos se fueron ubicando con familiares o pensiones, los mayores en residencias de la tercera edad, y un pequeño resto constituyó una unidad especial siendo trasladada a Meres. Así se cerró el HP.

Dentro de las áreas sanitarias la puerta de entrada a los servicios psiquiátricos se inicia en la Atención Primaria. Se trasformaron los ambulatorios convirtiéndolos en CSM y se fueron abriendo otros para cubrir la demanda asistencial ambulatoria creciente, para mantener una relación estrecha con la Atención Primaria cuando fue posible se ubicaron los CSM en el mismo edificio que los Centros de Salud. Los ambulatorios de Neuropsiquiatría se fueron integrando en los CSM.

Esto conlleva el incremento de recursos humanos en dichos dispositivos, de manera que en cada CSM, al menos, puede contabilizarse uno o dos psiquiatras, un psicólogo, un trabajador social, un

enfermero, un auxiliar y un administrativo. El nº de psiquiatras en los CSM se fue incrementando progresivamente sobre todo en la década de los noventa.

Se establecieron programas y dispositivos asistenciales específicos para atención infantojuvenil, para toxicomanías y para los trastornos de la conducta alimentaria, dado el incremento de la prevalencia de estos grupos diagnósticos.

En cuanto a estructuras intermedias en las áreas centrales se abrió en cada una un Hospital de día, en Oviedo ya venía funcionando uno y en La Felguera también, además en las áreas sanitarias de Oviedo y Gijón se abrieron sendas comunidades terapéuticas que pronto se vieron colapsadas por pacientes graves y crónicos.

La formación de médicos especialistas en psiquiatría también sufrió un cambio en esta primera década pues quedó regulada mediante Real Decreto en 1984. Previamente la formación en el HP se realizaba según el Art. 7º del Reglamento de los Servicios Asistenciales de la Excma. Diputación Provincial de Oviedo, dependientes del Órgano Especial de Administración (1969). Según el cual "La Escuela Médica de postgraduados tendrá por finalidad la formación especializada de los Licenciados en Medicina mediante el establecimiento de programas residenciales con responsabilidad progresiva y adecuada supervisión" . La Comisión de Docencia era la encargada del establecimiento de programas y de la evaluación.

En las siguientes décadas se completó la nueva estructura de asistencia psiquiátrica descentralizada, con una amplia red de CSM desbordados por consultas de padecimientos menores, dividida en áreas con unidades de hospitalización integrada en los Hospitales Generales y con un desarrollo de los servicios intermedios y programas de rehabilitación y reinserción social que todavía resultan insuficientes. Posteriormente se abrieron algunos pisos protegidos, se han creado equipos de ETAC en las áreas centrales y un centro de rehabilitación en Gijón pero aun la sobrecarga familiar y la sobrecarga de las unidades de hospitalización de agudos reclaman nuevos impulsos para desarrollar la cobertura terapéutica de los enfermos mentales graves.

La orientación comunitaria con énfasis en lo social, en detrimento de la orientación biológica, con los posos de la antipsiquiatría, creo que dio lugar a que la eliminación de la TEC siguiera siendo un símbolo de la Reforma en Asturias, cosa que no debió ocurrir en la Comunidad Gallega.

Aunque los avatares de la asistencia psiquiátrica asturiana pueden explicar un cierto empecinamiento en su actitud anti TEC, a estas alturas, en el nuevo milenio, con la globalización y la disrupción tecnológica en progresión, creo que es hora de unificar las terapias en función de los estudios científicos y la evidencia de sus resultados.

Las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica se ven desbordadas por enfermos mentales graves que responden de manera insuficiente a los tratamientos psicofarmacológicos y al margen de que se precisen unidades de media y larga estancia, contar con la TEC se hace necesario.

Los CSM se encuentran masificados a expensas de problemas no clínicos, aunque si humanos, lo que conlleva, además, una banalización de la Psiquiatría y una psicologización de la vida cotidiana.

La limitación de recursos nos debe hacer reflexionar sobre la priorización de objetivos.

En los momentos actuales y en el ámbito internacional ya no se discute acerca del modelo de organización. Ahora estamos en la gestión y financiación. Los debates se focalizan en otros temas tales como: La contención de costes, el aumento de la eficiencia, la cobertura de toda la población, la gestión de cuidados, las vías clínicas, el fomento de autocuidados. También estamos ahora en la evaluación de los servicios y en la evaluación de los resultados. Es dentro de estos parámetros como debe enfocarse la utilización o no de la TEC.

Desde su inicio la técnica de aplicación se ha ido perfeccionando. Los procedimientos de la TEC, el uso de anestesia, de la relajación muscular con succinilcolina, la oxigenación y la monitorización fisiológica están bien establecidos. Se conocen bien su eficacia en las depresiones , en la manía, en los pacientes con esquizofrenia, en la

catatonía, en el síndrome neuroléptico maligno. Su eficacia es muchas veces superior a las terapias psicofarmacológicas y también la mejoría es mas rápida. Sus efectos secundarios se han minimizado con las modificaciones técnicas, las contraindicaciones a penas existen, según M. Fink, cuando se aplican con la técnica adecuada, requiriendo cuidados especiales la hipertensión, la arritmia cardiaca incontrolada, las tendencias a la hemorragia, el IAM reciente y la lesión cerebrovascular. En algunos pacientes se ha convertido en la terapia de elección. En general los estudios sobre el uso de la TEC son concluyentes, habiendo consenso sobre la eficacia de su uso. Véase el Consenso de la SEP. Existe una amplia bibliografía sobre sus indicaciones, contraindicaciones y técnica de utilización. Si bien no existe una explicación satisfactoria sobre el mecanismo de acción de la TEC, a pesar de las múltiples investigaciones que se han llevado a cabo, parece claro que la inducción de una convulsión es un requisito para la eficacia terapéutica. Los efectos sobre los neurotransmisores y receptores, sobre las funciones neuroendocrinas y neurofisiológicas están en estudio.

Desde el punto de vista ético pocos tratamientos han sido tan controvertidos, sin embargo, la eficacia y la escasa incidencia de efectos secundarios ha hecho que prevalezca. El medico tiene que respetar los principios de autonomía del paciente, de beneficencia y de justicia, y estos han de guiarle en la aplicación de la TEC, la cual es útil en muchas patologías (Principio de Beneficencia), el riesgo-beneficio es favorable a su utilización (No Maleficencia), se debe realizar con consentimiento informado (Principio de Autonomía), con indicaciones precisas y ampliamente extendida (Principio de Justicia).

Volviendo al planteamiento inicial hemos de concluir que las diferencias en el uso de la TEC no se deben a la eficacia o no de esta terapia, ni a sus efectos secundarios, su uso está mas relacionado con la ideología del psiquiatra, del paciente y la que implícita, o explícitamente, mantiene la Organización Asistencial que presta los cuidados médicos. En la historia de la psiquiatría como ciencia, los psiquiatras siempre han trabajado y han desarrollado las investigaciones bajo limitaciones sociales e institucionales. Nos toca vivir el auge de la

psicobiología, en un marco social de globalización, en el que el impacto por la disrupción tecnológica modificará la forma de practicar la psiquatría. ¡Ah, las circunstancias!

BIBLIOGRAFÍA

Abrams R. Electroconvulsive Therapy (3rd edn). Oxford University Pess. New York 1997

Barcia D. Pozo P. Terapéutica Electroconvulsiva. Monografias de Psiquiatría. Aula Médica. Año VII, 5(Septiembre-Octubre) 1995

Bertolín-Guillen J.M. Peiró Moreno S. Hernández de Pablo M.E. Patrones de uso de la terapia electroconvulsiva en España. European Psychiatry (Ed.Esp.) 2007; 14: 27-34

Cohen B.D. Penicck B. Tarter R.E. Antidepressant Effects ofUnilateral Electric Convulsive Shock Therapy Arch. Gen. Psychiatry 31:673-675, 1974

Fink M. Convulsive Therapy: Theory and Practice. Raven Press. New York 1979

Fink M. Terapia convulsiva en el siglo XXI. En Gelder M. G. López-Ibor Jr. J.J. y Andreasen N. (Eds) Tratado de Psiquiatría, TomoII. Ars Médica. Barcelona. 2003

Hay DP Electroconvulsive Therapy. En Kaplan J y Sadock BJ Comprehensive Textbook of Psychiatry. 6ª edición . Willians Wilkins 1995

Kalinowsky L.B. Hippius H. Tratamientos somáticos en psiquiatría. Segunda edición. Editorial Científico-Médica. Barcelona 1972

Rojo J. E. Vallejo J. Terapia electroconvulsiva. Masson-Salvat Barcelona 1994

Sociedad Española de Psiquiatría. Consenso Español sobre la Terapia Electroconvulsiva. 1999

Waite J. y Easton A. (Editors) The ECT Handbook (3rd edn). Royal College of Psychiatrists. London. 2013

FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL CLINICO DE «SAN CECILIO»
GRANADA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA
PROF. DR. RUIZ OGARA

3-Febrero-84

Dr. José Luis Mediavilla Ruiz
Ventura Rodriguez, 12-5º Izda.
Oviedo.

Querido amigo:

He recibido una carta de Sarró en la que además de comunicarme su matrimonio, me envia el trabajo que piensa presentar en la Reunión, y me hace la propuesta de que dicho trabajo (del cual debes de tener una copia según dice) sirva de base para su estudio y discusión en la Reunión, y por ello que se difunda previamente entre los asistentes. A mí me parece bien, y de todas formas, como mi tema va a tratar del Análisis Comparativo de distintos modelos psicopatológicos (entre ellos el de Sarró), creo que el deseo de que se trate y discuta su trabajo queda así suficientemente cubierto. Aparte de esta novedad, supongo que el proceso de organización seguirá su marcha normal de la forma prevista.

Sin más por hoy recibe un fuerte abrazo de tu amigo.

Fdo.Prof.Dr.C.Ruiz Ogara.

EL MAGISTERIO DE CARLOS RUIZ OGARA SU PROYECTO DOCENTE DE PSICOTERAPIA

Dr. José Luis Mediavilla Ruiz

Oviedo

Medio siglo de práctica psiquiatrica constituye una prolongada experiencia que con el devenir de los años, puede motivar cambios de actitud.

Más alla de la mera vigilancia y custodia de los primeros tiempos, la concepción propiamente de "enfermedades mentales" trajo consigo demandas terapéuticas de diversas características, según la supuesta naturaleza de las mismas: o bien el predominio de una causa somática, generalmente neurológica, (medicamentos, y convulsivoterapia, etc) o el de una psicogénesis (principalmente el psicoanalisis y sus precedentes y subsiguientes).

Duranre el siglo XIX surge en Francia lo que se ha llamado la psiquiatría científica (Pinel,Esquirol, Clerembault, etc) con gran influencia en España (especialmente en Barcelona: Giné y Partagás, Pi y Molist, etc), que en la mitad del siglo XX, se desplaza a Madrid (los grandes psiquiatras madrileños, discípulos de Cajal). En la práctica, prevalecía una concepción neuropsiquiátrica. Los médicos que se ocupaban de las "enfermedades nerviosas y mentales" debían de estar al corriente de la medicina, de la neurología y la psiquiatría.

El mismo Freud, pese a las críticas de Bumke, no dejó de ser neurólogo, pues su empeño era escribir una "psicología para neurólogos..."

En "Más allá del principio del placer" (1920, Obras Completas. Traduc. Luis López Ballesteros, escribe : "La ciencia biológica (...) es realmente un dominio de infinitas posibilidades. Debemos esperar de ella los más sorprendentes esclarecimientos y no podemos adivinar qué respuesta dará, dentro de algunos decenios, a los problemas por nosotros planteados. Quizá sean dichas respuestas tales, que echen por tierra nuestro artificial edificio de hipótesis".(1)

La amplitud de conocimientos, tanto en neurología como en psiquiatría, forzó , en la práctica, a la parcelación de ambas disciplinas, lo que acarreó algunas ventajas, pero tambien no pocos inconvenientes: si durante años se "psiquiatrizó o psicologizó la neurología y la medicina", en las últimas décadas, se "neurologiza o biologiza la psiquiatría", dejando de atenderse debidamente la psicopatología y la psicoterapia, conocimientos y prácticas que pertenecen de lleno a la psiquiatría, y que, por incuria y abandono de los mismos psiquiatras están siendo reclamadas por gentes de actividades diversas, ajenas a la medicina y a la psiquiatría.

En cada época se hace sentir el predominio de una corriente de pensamiento que se vierte en las obras, las cuales, más allá de posibles objecciones, son merecedoras de respeto.

Como recomienda Laín, "piensa en la grandeza histórica de lo que haces y recuerda con agradecimiento los nombres de los que con su inventiva y esfuerzo hicieron posible tu hazaña"

Tiempos de expansión psicoanalítica

Durante los años que siguieron a la Segunda Guerra Mundial, Norteamerica acogió generosamente a la colonia de psicoanalistas emigrados de Europa, encontrando en sus teorías una recomendable guía para preservar la salud mental. El dominio del psicoanalisis se hizo patente no solo en la psiquiatría, sino en la medicina e incluso en las relaciones humanas.

Valioso testimonio el que nos aporta Eric R. Kandel , judio emigrado en su jyventud a EE UU, Premio Nobel de Medicina: "ingresé en la Facultad de Medicina con la intención de dedicarme al psicoanálisis y seguí con ese plan durante las prácticas hospitalarias y la residencia en psiquiatría"alrededor de los años 1960, para muchos psiquiatras -en especial los que ejercían en las dos costas de EE UU- el psicoanalisis se había trasformado en el modelo predominantemente utilizado para comprender todas las enfermedades mentales y algunas físicas.

"Cuando inicié la residencia en psiquiatría, sentí que el psicoanálisis podía enriquecerse enormemente uniendo fuerzas con la biología. Tambien pensé que si la biología del siglo XX se veía llamada a responder algunos de los interrogantes más refractarios acerca de la mente humana, las respuestas serían más ricas y significativas si el psicosanalisis hacía su aporte. Creía entonces y creo con mayor convicción ahora, que la biología puede esbozar los fundamentos físicos de varios procesos mentales que constituyen el corazón mismo del psico analisis . La influencia del neurólogo Harry Grundfest, orientó definitivamente a Kandel hacia la investigación de la biología cerebral.(2)

La narración de Kandel refleja el cambio de rumbo que, en la década de los setenta, tomó la investigación y la práctica clínica, y que responde al ciclo alternante (bios/psique) del que parece venir dependiendo desde siempre.

Sin embargo, se ha de tener en cuenta que por la misma época, en la que, como describe Kandel, Norteamérica era abducida por el psicoanlaisis, la neuropsiquiatría Centroeuropea, adoptó respecto al mismo, una actitud más libre. Un importante contingente de médicos, que en la práctica siguieron compatibilizando la neurología y la psiquiatría, incluso, algunos, discípulos de Freud, a la luz de Jaspers y Heidegger, estuvieron abiertos a la fenomenología psiquiatrica, (W. Brautigan, Jacob Lutz, Mira, Ajuriaguerra. Clauserr,V. Gebsattel, Binswanger. Zutt, D. Wyss, Ey) y en España, la Escuela de Madrid,

discípulos de Cajal, Sacristan, Lafora, Sanchís Banús, Salas, Llopis, y entre otros, Mira, Vallejo Nájera, Sarró, López Ibor, etc.)

Por lo tanto, conviene puntualizar que lo que hoy se entiende por "neurociencia" se encontraba en germen en la neuropsiquiatría europea, que el propio psicoanálisis, y la fenomenología psiquiátrica, eran materia de atención y de ejercicio, tal como queda constancia en obras maestras de antropología psiquiátrica.

Paradojas celtibéricas

En nuestro pais, algunos "historiadores" culparon del "atraso de la psiquiatría en la época franquista" al precario estado de los manicomios, a una práctica clínica organicista con "reminiscencias germánicas" y a una escasa atención al psicoanálisis.

Sin embargo, no estará de más señalar que, al margen de otras precariedades, la primera traducción al castellano de la obra de Freud fué hecha en España, muy celebrada por él mismo Freud, confesando la satisfacción que le había producido reconocerla en la lengua de Cervantes...

Que la práctica del psicoanalisis ortodoxo estuvo restringida a grupos minoritarios es un argumento que poco o nada tiene que ver con la situación política, pues no es dificil hallar otras razones, no generalizables.(3)

En el Programa Fundacional de la Escuela Profesional de Psiquiatría /Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona, 1964), el profesor Sarró planteó la conveniencia de incluir el psicoanalisis dentro de los programas docentes, aunque poniendo de relieve la necesidad de clarificar los límites del mismo.(4)

En una editorial de la Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latinas (Tomo XVI) queda advertido el riesgo que podría suponer para la psiquiatría, la "actual desorbitación de la psicofarmacología" en detrimento de la psicopatología y la psicoterapia (en tanto que) "la labor investigativa de los grandes genios de la psiquiatría , conservaría sólo un valor arqueológico"(5)

La Escuela de Barcelona y Carlos Ruiz Ogara

La insigne y dinámica figura del profesor Ramón Sarró hizo que un grupo de sus discípulos mantuvieramos a los largo de los años, sólidas afinidades en los conceptos básicos de la psiquiatría.

Distintos caminos y ocupaciones, no fueron suficientemente importantes como para provocar un apartamiento de la inexcusable deuda que la clínica mantuvo y seguirá manteniendo con la psicopatología, salvo la exoneración de ésta del cuerpo médico.

Uno de los pilares fundamentales de la Escuela de Psiquiatría de Barcelona dirigida por Sarró, fué Carlos Ruiz Ogara (1932-2003) Sus trabajos de investigación, su labor en la Cátedra, su decisiva aportación a la Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y America Latina, su sólida formación patente en sus libros y publicaciones dan sobrada prueba de ello.

Fiel a sus principiosí, su itinerario profesional docente e investigador, fué permanente testimonio de una labor tan incansable como fecunda, resistente a hacer concesiones a cuestiones ajenas a la misma.

Sus traducciones de la Psiquiatría de Henri Ey, y de los movimientos individuales de vida y de muerte de Piere Marty, supusieron una riqueza y una aportación importante en el ambiente psiquiátrico de nuestro pais. Su amplio curriculum es sobrada garantía de su condición de maestro dentro del mundo de la psiquiatría.

Doctor en Medicina por la Facultad de Medicina de Barcelona, Diplomado en Neuropsiquiatría en la Sanidad Militar, Catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Granada. Presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría (1977-1980) y de la Sociedad Andauliza de Psiquiatría (1981-2003), Académico de Número de la Real Academia de Medicina de Granada. Miembro del International Council of Group Psychotherapy, New York. Miembro de la Group Analytic Society, Londres. Profesor del Centre d'Enseignement et Recherche del Institut de Psychosomatique de Paris; Ponente principal en numerosos congresos internacionales, ha publicado Manual de Psicología Médica y Psicopatológica (1976) El enfermo hipocondriaco y los depresivos (1977) , Psiquiatría (1982) , Psicopatología de los delirios

(1998) Guía para la exploración, el diagnostico y la psicoterapia dinámica (1999), la Creación del mundo vista desde la locura (2002) y más de noventa artículos en revistas y publicaciones internacionales.

Traslado a Granada

Carlos Ruiz Ogara pasó a ocupar la Cátedra de Psiquiatría de Granada, aportando su sabiduría y experiencia, encontrando allí un nutrido grupo de colaboradores, formados con sus antecesores en la cátedra Luis Rojas Ballesteros, Alfonso Ledesma Jimeno y Ginés Llorca.

Conservo un grato y amistoso recuerdo, en especial de Rojo Sierra, Seva Díaz, García Sánchez, Giner Ubago, y Molina de Haro, los cuales contribuyeron en su entorno a crear un ambiente de estímulo por la especialidad. La personalidad y el buenhacer de Don Luis Rojas, discípulo de Lange, queda patente en las pabaras que dedicó a rubricar su discurso de Ingreso en la Real Academia de Medicina de Granada, acerca del significado de las distintas etapas de la Medicina Psiquiátrica: "No es la primera, ni de seguro será la última vez, en que tenga lugar la aparición en el mundo de la Medicina de una modalidad semejante, ya que su marcha, como la de la cultura en general,es un constante retorno. El frente de avance de nuestro progreso médico se ha hecho alternando las etapas científicas con las humanísticas. La actual era de la Psiquiatría científica subsiguió a una época en la que nuestro saber estaba dominado por tendencias de orden filosófico-moral. La llegada de la moderna Biología, apartó esta dirección, arrumbó sus postulados y a la época se la designó , no sin cierto desprecio, época de los psiquiatras románticos. La Biología científica inauguró una época para la que el enfermo psíquico era considerado, sin más ni más, como enfermo exclusivamente corporal. Fué época en la que Psicopatología era igual a Patología Cerebral.(6)

Al fallecimiento del profesor Rojas Ballesteros, y durante un breve paréntesis, ocupó la cátedra de Granada el profesor Ledesma Jimeno, hasta su traslado definitivo a Salamanca(8). Su concepción de la Especialidad era básicamente neuropsiquiátrica,

Además de su experiencia como neuropatólogo, la psicopatología y la fenomenología psiquiátrica participaban de lleno en su concepción de la patología mental. Sirva como confirmación de esta tesis la curiosa advertencia que hace acerca de la consabida y tan reiterada frase de Griesinger:

"Yo he podido comprobar que Griesinger jamás dijo: Die Geisteskrankheiten Sind Gehirnkrankheiten, las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro,(...) La frase auténtica de Griesinger fue: "in dem psychischen Krankheiten jemesdal erkrankungen des Gehhirn zu erkennen", que traducido significa: en las enferdades psíquicas, en cada caso, afectación del cerebro se deja reconocer". Efectivamente, las enfermedades mentales no son enfermedades del cerebro. Y a renglón seguido apostilla: En todo fenómenos psíquico normal o patológico, absolutamente en todos, hay una infraestructura endopsíquico-psicosocial, tanto en la parálisis general progresiva, como en una neurosis o en una pasión, aunque en cada caso de distinta forma".(7)

En Granada, Carlos Ruiz Ogara encontró, pues, un ambiente idoneo para continuar su obra y desarrollar su pensamiento, a través de la labor diaria de la Cátedra, en el Serrvicio Hospitalario, en la autoría de sus libros y en la Dirección y los numerosos trabajos publicados en la Revista Folia Neuropsiquiátrica del Sur y del Este

El proyecto integrador de Ruiz Ogara

Durante muchos años, mantuvimos un fraterno contacto tanto personal como epistolar. El devenir oscilante de la Especialidad hacía cada vez más apremiante evitar el alejamiento de sus verdaderas raices. La neuropsiquiatría no podía desentenderse de lo psicopatología y la psicoterapia, prácticas, como la misma neurología, brotadas del tronco común de la Medicina. Sólo el que teoriza al margen de los enfermos, que no ha tratado y vivido con enfermos, se permite ingenuamente o perversamente, suplantar la figura del médico.

Fundamos Delirema, una Colección de Fenomenología Psiquiátrica y Psicoterapia, un espacio editorial en el que colaboraron activamente la Fundación Feijoo (Drs. Alvarez Riesgo y Celso Iglesias) y la

Editorial KRK, de Oviedo. Con el mismo entusiasmo, y por iniciativa de Carlos Ruiz Ogara, se puso en marcha un proyecto destinado a la formación en Psicopatología y Psicoterapia, frustrado por la inesperado de su fallecimiento, y cuyos contenidos, por su interés y plena actualidad, estimo oportuno publicar como adenda de este escrito.

Si me pregunto acerca de los posibles motivos de aquellos cursos y trabajos propuestos por Ruiz Ogara , y qué finalidad podría atribuirseles, creo, modestamente, que mantienen plena vigencia, por dos razones:

Como posible remedio al alejamiento en la práctica psiquiatrica de la psicoterapia en cualquiera de sus formas, y como retorno a la neuropsiquiatría, esto es , a una reintegración de la neurociencia y la psicoterapia dentro de la historia y la práctica médica.

CURSO DE FORMACIÓN INTEGRAL EN PSICOTERAPIA

Entidad científica:
Fundación Feijóo

Directores científicos:
Carlos Ruiz Ogara

Antonio Medina León (Córdoba)

Julio Bobes García (Oviedo)

José Luis Mediavilla Ruiz (Oviedo)

Poblaciones de desarrollo de las actividades:
Oviedo y Córdoba.
Módulo 1 en Oviedo.
Módulos 2 y 3 en Córdoba.
Módulos 4 y 5 en Oviedo

Tipo: Mixto.

Número máximo de participantes: 30

Horas previstas en total: 120 por módulo.

Fechas:

Módulo 1.- 15/X/2001 a 27/XI/ 2001. Días 26 y 27 presenciales, con examen.

Módulo 2.- 29/XI/.2001 a 28/XII. 2001. Días 27 y 28 presenciales, con examen.

Módulo 3.-7/I/2002 a 15/II/ 2002. Días 14 y 15 , presenciales, con examen.

Módulo 4.-18/II/ 2002 a 26/III.2002. Días 25 y 26, presenciales, con examen.

Módulo 5.-28/III/2002 a 7/V/ 2002. Días 6 y 7 presenciales, con examen.

Profesionales a los que va dirigido
Médicos, Psiquiatras y Psicólogos.

Ámbito de trabajo:
Instituciones públicas y práctica privada.

Características:
1.-Objetivos:
Generales: Conseguir una formación integral básica en las diversas modalidades de psicoterapia.
Específicos: Ser capaces de evaluar y diagnosticar el tipo de psicoterapia indicada en cada caso y llevarla a cabo adecuadamente.

2.-Organización y logística:
2.1 Programa y calendario de la actividad
MÓDULO 1
Introducción y Generalidades. (A desarrollar del 15-X.2001 al 27-XI-2001 (Oviedo)
· Concepto y evolución histórica de la psicoterapia.
· Modalidades de psicoterapia- Apoyo P. sugestivas. P. de relajación. Psicodinámicas. P. de modificación de conducta. y reestructuración cognitiva. P. gestálticas. P. transacionales. P. existenciales. P. individuales y de grupo.
· Características generales comunes y diferenciadas de las distintas psicoterapias.
· Indicaciones de las mismas.

· Evaluación de los pacientes y de la formación de los síntomas
· Resultados
· Prácticas de selección y asignación de pacientes a los distintos tipos de psicoterapia.

Bibliografía básica

· Benedetti,G.- Psicoterapia clínica. Ed. Herder. Barcelona, 1983
· Coderch, J.-Teoría y Técnica de la psicoterapia psicoanalítica. Ed. Herder. Barcelona, 1987.
· Freud,S.- Esquema del psicoanális. Biblioteca Nueva. Madrid. 1968.
· Kernberg, A.- La teoría de las relaciones objetales. Ed. Amorrortu. 1986.
· Medina, A.- Psicoterapia. Monografías. Aula Médica. 1991.
· Yllá Segura,L; Gállego Meré, A.; Barcia Salorio, D.- Guía para la exploración, el diagnóstico y la psicoterapia dinámicas. 2° edición KRK, ediciones. Oviedo.2001.
·Mediavilla Ruiz,J.L.- Conversaciones con Ramón Sarró. Valdep. Barcelona. 1980.

Recursos humanos:

· Carlos Ruiz Ogara.- Catedrático de Psiquiatría. Universidad de Granada. Autor de varios libros sobre psicoterapia y de estudios internacionales sobre formación en psicoterapia. Miembro del International Council of Group Psychotherapy. N. York.

· Antonio Medina León.- Catedrático de Psiquiatría y Psicología Médica .Universidad de Córdoba. Autor de libros y artículos sobre psicoterapia y psicogénesis en revistas nacionales y extranjeras. Director de Curso monográfico de Doctorado sobre Psicoterapia de la Universidad de Córdoba.

· Luis Yllá Segura. Catedrático de Psiquiatría y Psicología Médica del País vasco. Psicoanalista. Coautor de varios libros sobre Psiquiatría Dinámica y Psicoterapia.

· Julio Bobes García. Catedrático de Psiquiatría. Universidad de Oviedo.

· José Luis Mediavilla Ruiz. Doctor en Medicina, Especialista en Neurología y Psiquiatría. Ex-Presidente del Instituto de Psicoterapia Ramón Sarró. Miembro Honorífico de la Sociedad de Psicología Analítica C.G. Jung.

Recursos materiales

Los propios de la red de Internet, con página Web específica de acceso personalizado a los alumnos. Se facilitará el temario y la bibliografía básica. Al final de cada módulo se desarrollará una videoconferencia para resolver dudas y ampliar cuestiones.

Método de selección

Entre los solicitantes, los directores del curso seleccionarán a aquellos que, por curriculum, actividades institucionales y necesidad de formación, sean más idoneos.

2.2. Para las actividades no presenciales se utilizará el sistema Internet.

3 - Pertinencia de la actividad y necesidades de la misma.

En el momento actual existe una demanda muy importante de formación en psicoterapia, tanto por parte de los psiquiatras como de los psicólogos (MIR y PIR), que sólo se satisface muy parcialmente durante su periodo de formación. Dichas necesidades han sido detectadas por numerosos estudios y encuestas entre dichos profesionales en todos los paises y en España.

Por otra parte,es de destacar que no suele ofertarse un "programa integral" que recoja las distintas modalidades de psicoterapia existentes.

Esta sería la característica principal del curso en general, aunque se ha programado en forma modular para quienes tienen necesidad de formarse sólo en alguno de los módulos específicamente.

4. Metodología docente

La caracterísdtica principal es que se ha desarrollado utilizando un método mixto. 1°) presentación de los temas y la bibliografía por los docentes. 2°) recogida de las preguntas por los tutores, 3°)

Respuestas por videoconferencia, 4°) Actividad presencial durante 2 días, con examen al final de cada módulo.

5. Evaluación

Examen oral y escrito sobre los temas que componen el módulo.

Financiación

Información adicional

Este módulo y los siguientes, cumplen con las exigencias de formación. Las horas calculadas(120) corresponden a la suma de horas de estudio, realización de prácticas de casos, presencia y examen final.

MÓDULO 2.

Psicoterapias Dinámicas (de fundamento psicoanalítico)

Población: Córdoba (Facultad de Medicina)

Programa:

· El psicoanálisis: desarrollo histórico y evolución.
· Conceptos básicos de organización de la personalidad y los síntomas.
· Las diversas modalidades de P. dinámicas: Psicoanálisis ortodoxo. P. breves psicoanalíticas.
· La selección de los pacientes.
· La relación terapéutica.
· La alianza terapéutica. La transferencia y contratransferencia. Las resistencias.
· El papel del terapeuta: la interpretación.
· Estudio práctico de casos: análisis de los síntomas. Los sueños. Los mecanismos de defensa. La respuesta a las interpretaciones.
· Evolución del proceso y resultados.

Bibliografía básica

· Bleichmar, H.- Avances en Psicoterapia psicoanalítica. Paidós Ibérica.S.A. Barcelona. 1997
· Coderch,J.- Teoría y técnica de la Psicoterapia psicoanalítica. Ed. Herder. Barcelona. 1987.

· Kernberg,A.- La teoría de las relaciones objetales.Ed. Amorrortu.1986
· Klein,M.-Contribuciones al psicoanálisis. paidós. Buenos Aires. 1972
· Klein,M.-Obras completas. Vol 3. Paidós.1990.
· Ricoeur,P.- Hermanéutica y Psicoanálisis.Ediciones Megápolis. Buenos Aires. 1975.
· Ruiz Ogara, C.-En Psicoterapia, un enfoque dinámico.P.A. Dewald. Toray. Barcelona.1984.

Recursos humanos:

· C.Ruiz Ogara. Catedrático de Psiquiatría . Granada.

· A. Medina León. Catedrático de Psiquiatría. Córdoba.

· L.Yllá Segura. Catedrático de Psiquiatría. Bilbao.

· M.J.Moreno Días. Profesora Titular de Psicología Médica de la Universidad de Córdoba.

· R. Lillo Roldán. Profesor Titular de Psicología Médica y Psiquiatría de la Universidad de Córdonba.

· P. Arguelles Fernández. Profesor Titular de Psiquiatría de la Universidad de Sevilla.

MÓDULO 3°

Psicoterapias de modificación de conducta y Cognitivas

Programa

· Terapias de conducta: Fundamentos doctrinales, Reflexología y Conductismo. Tipos de condicionamiento y sus derivaciones hacia la terapia.
· Terapias de conducta. la combinación terapéutica de las técnicas de modificación de conducta en las distintas nosografías.
· Psicoterapias cognitivas.El dilema consciente-inconsciente. Pensamiento, afectividad y conducta. Los esquemas. las creencias.. Los sesgos cognitivos.

· Psicoterapias cognitivas. Terapia de Beck. Terapia racional-emotiva de Ellis. Terapias de afrontamiento.

· Terapias cognitivas. El constructuvismo de Kelly. Postulados doctrinales. La técnica de la rejilla para la psicoterapia.

Bibliografía

· Manual de psicoterapias cognitivas. I. Caro. Ed. Paidos. 1978
· Psicoterapia centrada en el cliente. K. Rogers. Ed. paidos. 1989.
· Guía de Logoterapia. J. Bazzi. Ed, Herder. 1993.
· Terapia cognitiva y comportamental. R. Cotraux. Ed. Masson. 1996.
· Cognición y Psicoterapia. Mahoney. Ed. Paidos.1996.

Recursos humanos:

· Antonio Medina León;
· Naría José Moreno Díaz;
· Rafael Lillo Roldán.

MÓDULO 4

Psicoterapias de Grupo, Familia y Pareja.

Programa

· Dinámica de Grupos: Supuestos Básicos de Bion. La matriz del Grupo, segun Foulkes.

· Roles, liderazgos. La pertenencia al grupo. Interacciones grupales.

· Tipos de Psicoterapia de Grupos: Analíticos, no analíticos. Abiertos. Cerrados. Homogeneos. Heterogeneos. Seleccioón de los miembros. Indicaciones. Papel del terapeuta en los diferentes grupos.

· Psicoterapia de la familia. Terapia familiar en los psicóticos.

· Psicoterapia de la pareja: Indicaciones. Actuación del terapeuta.

· El Psicodrama

· Prácticas de grupos. Prácticas de Terapia familiar y de pareja.

Bibliografía

· Bion, W.R.-Experiencias en Grupos. paidos. 1963.
· Ruiz Ogara, C.-Variedades y dinámica de los grupos terapéuticos. Folia Neurops. Vol. XXI.n° 2. 1986.
· Ruiz Ogara,C; Yllá Segura,L; Gállego Meré,A ; Barcia Salorio, D.- Guía para la exploración, el diagnóstico y la psicoterapia dinámica. Delirema. KRK. Oviedo. 2001.
· Walton H.J.- Group Psychotherapy, en Companion to Psychiatric Studies". A.D. Forrest, J W Affeck, A K Zealley, Churchill Livingsrone. 1978.

Recursos humanos.

· Carlos Ruiz Ogara
· Luis Yllá Segura
· José Luis Mediavilla Ruiz

MÓDULO 5

La combinación de tratamientos psicoterápicos y farmacológicos.

· Tratamiento combinado, sus presupuestos generales. Tipos.
· Tratamiento en las neurosis.
· Tratamiento en los trastornos psicosomáticos.
· Tratamiento en las psicosis.
· Análisis de casos. Evolución y resultados, según las combinaciones.

Recursos humanos

· Julio Bobes García
· Antonio Medina León
· Carlos Ruiz Ogara
· José Luis Mediavilla Ruiz.

Bibliografía General

(1) Freud, S.- "Más allá del pricipio del placer" (1920). Obras Completas.

Traduc. Luis López Ballesteros.

2.-Kandel,Erick R. -En busca de la memoria. Katz editores, 2012. Madrid."la biología y el renacimiento del pensamiento psicoanalítico" (Pags, 68 y 423)

3.-A la luz de lo cual, la tendencia "neurocientífica" actual debería calificarse como un retraso propio de la preterida época de la dictadura" puesto que la teoría y la práctica parecen afianzarse en un biologicismo prevalente.

4.- Programa de la Escuela Profesional de Psiquiatría. Fac. Medicina 1964, Bna.

5.-Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina, Bna.

(6) -Rojas Ballesteros,L.- El advenimiento de la Psiquiatría Antropológica . Real Academia de Medicina de Granada. 1961.

7.- Ledesma Jimeno, A.- La investigación en Psiquiatría. Edit. Rev. Psiquiátrica y Psicología Médica. Tomo XIII, nº 2. 1977. Barcelona.

8.- El profesor Alfonso Ledesma Jimeno ocupó la Catedra de Psiquiatría de Salamanca que posteriormente ganó por oposición su discípulo Ginés Llorca Ramón. La idea fundacional del Colegio de Psiquiatras Eméritos, se gestó en Salamanca, rubricada por los doctores Carlos Ballús Pascual,Pedro Enrique Muñoz, Joaquin Santo Domingo, y Valentín Conde López, najo el generoso patrocinio de la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental.

Granada 7-Junio 2001

Prof. C. RUIZ OGARA
Ed. Bonanza II. Ático D
C/ Del Granado s/n
18190 Cenes de la Vega
GRANADA

Dr José Luis Medianilla Ruiz
Ventura Rodríguez 12.- 5º izq.
33004. Oviedo

Querido José Luis:
Te envío todos los datos de los módulos 1 y 2 para la solicitud de acreditación (También se los he enviado al Dr Riezgo). Si crees que hay que añadir o quitar profesores o cambiar fechas, o cambiar el nº máximo de alumnos se cambia. Puedo enviar en unos días lo de los módulos 3, 4, 5.
Espero tus noticias.
Recibe un abrazo

EXPRÈS

GRAN REGATA 2000 ESPAÑA
CORREOS
12 MAYO 02
**1,80€

Dr Dn. José Luis Medianilla Ruiz
c/ Ventura Rodríguez 12.- 5º izq.
33004 Oviedo

Prof. C. RUIZ OGARA
Ed. Bonanza II. Ático D
C/ Del Granado, s/n.
18190 Cenes de la Vega
GRANADA

Granada 30-Julio-2001

Prof. C. RUIZ OGARA
Ed. Bonanza II. Ático D
C/ Del Granado s/n
18190 Cenes de la Vega
GRANADA

Dr J.L. Mediavilla Ruiz
Ventura Rodríguez 12-5º izda
Oviedo.

Querido José Luis:
Durante el mes de Agosto, estaré los fines de semana (de viernes a lunes) en la playa. El resto del tiempo estaré en Granada, así que (siempre no haga consulta) me puedes llamar por la noche a casa.
Espero recibir la monografía tuya. Dime también cuando (y a qué teléfono) te puedo llamar si surge algo.

un abrazo

URGENTE

CORREOS ESPAÑA 1er. Congreso Internacional de Prevención de Riesgos Laborales Tenerife (Islas Canarias) - ESPAÑA ***60 PTS

CORREOS ESPAÑA 1er. Congreso Internacional de Prevención de Riesgos Laborales Tenerife (Islas Canarias) - ESPAÑA ***10 PTS

CORREOS ESPAÑA 1er. Congreso Internacional de Prevención de Riesgos Laborales Tenerife (Islas Canarias) - ESPAÑA **200 PTS

Dr José Luis Mediavilla Ruiz.
c/ Ventura Rodríguez 12-5º izq.
33004 Oviedo.

NORMAS DEL COLEGIO DE PSIQUIATRAS EMÉRITOS

El Colegio de Psiquiatras Émeritos se constituye como un grupo con entidad propia y especifica integrado dentro de la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Está formado por médicos especialistas en Psiquiatría, que en razón de su edad, han cesado sus actividades en el sector público.

Fines:

1. Crear un ámbito de relación y estímulo entre sus miembros y facilitar la continuidad de su relación con sociedades y organizaciones científicas de la psiquiatría y la salud mental.
2. Posibilitar la aportación a la psiquiatría actual de la experiencia y conocimientos acumulados a través de los años por sus miembros.
3. Contribuir de manera activa a la incorporación a la historia de la psiquiatría española de las experiencias y testimonios de su participación directa o indirecta en su desarrollo, haciendo posible la transmisión generacional.

Actividades:

1. Organizar reuniones para intercambiar reflexiones, ideas o proyectos.
2. Organizar reuniones científicas (conferencias, foros de debate, intercambios generacionales, etc.) en diferentes ámbitos y contextos, especialmente en el de reuniones y congresos de las sociedades científicas psiquiátricas.
3. Promover publicaciones que posibiliten el cumplimiento de sus fines.
4. Promover la participación de sus miembros en cursos y seminarios de formación de nuevas generaciones.

Miembros:

1. Podrán ser miembros del Colegio, todos aquellos médicos psiquiatras que en razón de su edad hayan cesado en su participación en la actividad pública y que tengan interés en el desarrollo de sus fines.
2. Los miembros ingresaran previa solicitud, avalada por dos miembros y aprobada por la asamblea general del Colegio.
3. En el caso de que la asamblea lo considere oportuno y conveniente y a propuesta de al menos dos de sus miembros, se podrá invitar a adherirse al Colegio a otros profesionales que reúnan condiciones adecuadas.
4. La pérdida de la condición de miembro, se puede producir a petición propia, o por acciones que puedan dañar el buen nombre o imagen del Colegio.

Organización:

1. El Colegio estará regido por una Asamblea General, y dispondrá como órgano propio para el cumplimiento de sus fines, de una Comisión de Gestión.
2. La Asamblea General, será convocada por la Comisión de Gestión. Los acuerdos serán tomados por mayoría simple. La presencia de un miembro en la Asamblea, podrá delegarse en la persona de otro.
3. La Comisión de Gestión estará formada por cinco miembros y será elegida por la Asamblea General. Dicha Comisión ejercerá la representación del Colegio en la realización de las gestiones que se consideren pertinentes para el cumplimiento de sus fines y la realización de las actividades propuestas.
4. La Comisión de Gestión aprobada en la Asamblea General del Colegio celebrada en Madrid el 14 de Febrero de 2006 está constituida por:
   - D. Carlos Ballús Pascual
   - D. Antonio Colodrón Álvarez
   - D. Pedro Enrique Muñoz Rodríguez
   - D. Joaquín Santo Domingo Carrasco

Listado del Colegio de Psiquiatras Eméritos

Almansa Pastor, Fernando
Alonso Fernández, Francisco
Ayuso Gutiérrez, José Luis
Ballús Pascual, Carlos
Barcia Salorio, Demetrio
Bobadilla Pardos, adolfo
Calcedo Ordóñez, Alfredo
Carbonell Masiá, Carlos
Carrasco Gómez, Juan José
Cervera Enguix, Salvador
Claramunt López, Valentín
Díez Manrique, Juan Francisco
Escudero Pérez, Jose Antonio
Fernández Sandonís, Jesús
Freixa Sanfeliu, Fancesc
Gallart Capdevila, José María
Galván Fradejas, Joaquín
Gómez Lavín, Carmen
Gómez Beneyto, Manuel
González Monclús, Enrique
González-Quirós Corujo, Pedro
Gradillas Regodón, Vicente
Jimeno Valdés, Agustín
Labad Alquézar, Antonio
López Jimenez, Federico
Masana Ronquillo, Joan
Martínez Martínez, Mª Carmen
Mediavilla Ruiz, José Luis
Muñoz Rodríguez, Pedro Enrique
Noguera, Ramón
Oliveros Pérez, José Carlos
Peláez Lorenzo, Luis
Porta Biosca, Antonio
Rallo Romero, José

Rodríguez Lafora, Víctor
Rodríguez Sacristán, Jaime
Ruiz Mateos, Alfonso
Santodomingo Carrasco, Joaquín
Sarró Martín, Blanca
Soria Ruiz, José
Valenciano Clavel, Luis
Vaquero Cajal, Francisco
Yáñez Saez, Rosa

Habiéndose producido algunas bajas, bien por declinación personal o por defunción, queda en la actualidad pendiente la configuración del listado más reciente

El presente libro constituye la OCTAVA 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 introdución:
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 psicoterápia 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 Psiquiátras 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 Mª 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 prducción 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 pisquiatria española: La angustia y ansiedad como vivencias básicas del ser humano”.

Agustín Jimeno Valdés. “La deconstruccion y reconstruccion 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 psicopatologia)”.

Dr. José Mª Gallart Capdevila. “La psiquiatría y el cine. Historias de la psiquiatría y el cine”.

- **SÉPTIMA ENTREGA**

Coordinación:
Fernández Sandonís, J. y Mediavilla Ruiz, J.L.

Ed. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental
Impr. Hifer Artes Gráficas.
Colegio de Psiquiatras Eméritos. 2017. Oviedo.

Demetrio Barcia Salorio. “Mentalidad neurobiopatológica”.

Fernando Claramunt López. “Años de especialidad. Primeros maestros”.

Joaquín Galván Fradejas. “Revisión Histórica de las terapias psiquiátricas”.

María del Carmen Martínez Martínez. “Psiquiatría y vida profesional”.

Antonio Labad Alquézar. “ Vivencias en torno a la nosología psiquiátrica en Cataluña desde 1950 hasta la actualidad”.

Jesús Fernández Sandonís. “A propósito de la formación psicológica del médico”.

Celso Iglesias García. “Valores humanos ¿factores de protección para la salud mental?”.

José Luis Mediavilla Ruiz. “Franz Gall en el país de las maravillas”.

• **OCTAVA ENTREGA**

Coordinación:

Barcia Salorio, D. y Mediavilla Ruiz, J.L.

Ed. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental
Impr. Hifer Artes Gráficas.
Colegio de Psiquiatras Eméritos. 2018. Oviedo.

Julio Bobes García. "Introducción".

Demetrio Barcia Salorio. "Angustia y ansiedad".

Antonio Colodrón Álvarez. "La Psiquiatría en busca del tiempo perdido".

Fernando Claramunt López. "Psicoterapia y problemas de la vida".

Fernando Leal López. "Semiologíade la experiencia del Yo".

Enrique Rojas Montes. "La mirada inteligente".

Juan Francisco Díez Manrique. "Espiritualidad y religiosidad".

Jesús Fernández Sandonís. "A propósito de la utilización de la TEC".

José Luis Mediavilla Ruiz. "El magisterio de Carlos Ruiz Ogara. Su proyecto docente de psicoterapia".