

Serendipity

2ª edición

Rafa Euba



psiquiatría
PARA EL NO INICIADO

DESCLÉE DE BROUWER

PSIQUIATRÍA PARA EL NO INICIADO



Rafael Euba

122

PSIQUIATRÍA PARA EL NO INICIADO

2ª edición

Crecimiento personal
COLECCIÓN

Serendipity

Desclée De Brouwer 

1ª edición: enero 2007

2ª edición: marzo 2011

© Rafael Euba, 2007

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A., 2007

Henao, 6 - 48009 Bilbao

www.edesclée.com

info@edesclée.com

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos –www.cedro.org–), si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Impreso en España - Printed in Spain

ISBN: 978-84-330-2118-2

Depósito Legal:

Impresión: Publidisa, S.A. - Sevilla

A Lina, mi hija, Rachel, mi mujer, y Susana, mi hermana,
que me dieron ideas.

Bueno, Lina no me dio muchas, porque sólo tenía tres años.

ÍNDICE

1. ¿Por qué es el cerebro un órgano tan especial?	11
2. Historia de la locura.	23
3. Tristeza y depresión.	41
4. La destructiva manía	57
5. La esquizofrenia	65
6. La personalidad y la psicopatía.	79
7. El loco peligroso	93
8. El miedo, las neurosis y los problemas psicosomáticos .	101
9. Síndromes raros y curiosos.	119
10. La locura en el cine y la ficción	123
11. La psicoterapia y el psicoanálisis.	141
12. Problemas “orgánicos”: la senilidad y otras cosas parecidas	151

PSIQUIATRÍA PARA EL NO INICIADO

13. Lobotomías y electroshock	165
14. El alcohol y las drogas	173
15. Ayuno y atracones: de la anorexia a la bulimia	189
16. Cuando el sueño es un problema	199
Bibliografía	213



1

¿POR QUÉ ES EL CEREBRO UN ÓRGANO TAN ESPECIAL?

Phineas Cage era un capataz responsable y diligente. Vivió en el siglo diecinueve en el Oeste americano, y trabajó en la construcción del ferrocarril *Great Western*, que ha aparecido después en tantas películas del Oeste. Se usaban ya explosivos para construir ferrocarriles, aunque éstos eran primitivos y muy peligrosos. Un mal día, el estallido de la dinamita lanzó una barra de hierro hacia Cage, que le penetró la cabeza por la frente, atravesándole el cráneo hasta salirle por la coronilla. El accidente no le mató. De hecho, Cage volvió a su trabajo después de un período de convalecencia. Parecía haberse recuperado completamente de la herida que sufrió en el accidente, lo que sorprendió a todos los que lo habían presenciado. Sin embargo, Cage no era el hombre de antes. El capataz responsable y diligente se había convertido en un hombre impredecible, insensato, egoísta y vago. La descripción de su caso clínico ante la Sociedad Médica de Massachussetts en 1868 llegaba al extremo de asegurar que Cage se había permitido “la peor profanidad” tras



su accidente¹. En definitiva, sus colegas concluyeron que Cage “ya no era Cage”. Se dio a la bebida, y murió en un ataque epiléptico.

La razón por la que Cage dejó de ser el que había sido, fue lo que la barra de hierro había hecho a su cerebro, y más específicamente, al lóbulo o parte frontal de este órgano (lo que tenemos detrás de la frente). La barra no había destruido ninguna gran arteria o centro vital, pero sí había devastado la parte del cerebro de Phineas que se había encargado hasta entonces de sus funciones “ejecutivas”, tales como imaginar, planear, y llevar a cabo acciones, así como de sus funciones de inhibición en el comportamiento, lo que quizá explicara su cambio de conducta sexual, llegando a cometer “profanidades” en este campo. Cage tenía el primer Síndrome del Lóbulo Frontal que se ha descrito en la literatura médica. Otros síntomas de este síndrome son la pérdida de la creatividad y curiosidad, la apatía, y el deterioro del sentido del humor, que se hace zafio y burdo. Empiezo el libro con esta descripción, simplemente porque lo que le pasó a Phineas Cage es una buena muestra de la íntima relación que existe entre el tejido material del cerebro y lo que nos define como personas. Phineas Cage se transformó *en otra persona* cuando la barra de hierro destruyó su lóbulo frontal. En otras palabras, la respuesta a la pregunta al comienzo de este capítulo –la de por qué es el cerebro tan especial– es que el cerebro es donde reside el individuo, el centro de nuestro universo, donde se representa el mundo exterior y donde registramos y recordamos nuestro mundo interior.

-
1. Esto es un ejemplo de cómo han cambiado los códigos morales en el último siglo (abarcaremos este tema más adelante en el libro). Afortunadamente, hoy en día no vemos la conducta homosexual como algo patológico, aunque un cambio repentino y radical en comportamiento sexual, como el que tuvo Cage, sí que sería significativo clínicamente.



Cuando yo tenía alrededor de ocho años y estaba en lo que entonces se llamaba Ingreso de Bachillerato, en un Colegio de Jesuitas, los pecados veniales y mortales se representaban con filminas, en las clases de Religión, como manchas negras, más o menos grandes, en una nube blanca –el alma–. Esta nube no estaba en ninguna parte específica del cuerpo, pero uno se la imaginaba en una situación más bien abdominal. Como muchos lectores sabrán, las culturas de la antigüedad situaban el alma, con el entendimiento y las emociones –lo que hoy llamaríamos mente–, en distintas vísceras. En general, el corazón era más importante que la cabeza para los antiguos. Los egipcios, por ejemplo momificaban el corazón del muerto con mucho cuidado, pero desechaban su cerebro. Uno de los cuatro *humores* de Hipócrates, la flema, estaba en la cabeza, donde también residía el intelecto, según este médico griego. Sin embargo, una emoción tan importante como la melancolía –que significa literalmente bilis negra–, se relacionaba más con el abdomen que con la cabeza en la medicina Hipocrática. El pensador francés del Siglo XVII, Descartes, razonó que el cuerpo y la mente eran entidades separadas, y que sólo el cuerpo era material. Esta visión permaneció vigente hasta que Darwin, en su Teoría de la Evolución, integró la mente dentro del funcionamiento biológico del cuerpo. Hoy en día seguimos sin saber dónde está el alma, que por lo tanto podemos continuar imaginando como una nube blanca en la tripa, pero ya sabemos que el sitio más propicio para la mente es el cerebro.

No debería ser de extrañar, por lo tanto, que cuando el cerebro no funciona bien, la mente –es decir, el entendimiento y las emociones– se alteren, y que con ello también se altere el comportamiento, como le pasó a Phineas Gage. Hemos mencionado el lóbulo o parte frontal del cerebro, y también hemos mencionado a



Darwin y su teoría de la evolución. Si uno compara el cerebro de un simio –nuestros parientes más cercanos– y el de un ser humano, es inmediatamente evidente que la parte frontal del cerebro humano está más desarrollada. Esta es una de las razones por la que siempre se ha estimado que el cerebro frontal es la parte de nuestra anatomía que mejor nos diferencia de las otras bestias en la naturaleza. El cambio que experimentó Phineas Gage, de responsable a irresponsable, de contenido a desinhibido, etc., evoca un paralelismo entre un ser superior, con un cerebro frontal y su consecuente capacidad de crear y planear, y el ser inferior, el simio, sin ese cerebro frontal. Dado que este desarrollo anatómico fue fruto de un proceso evolutivo, y que la evolución es algo que sigue ocurriendo en entornos naturales, hay quien cree que la parte frontal de nuestro cerebro seguirá creciendo, y que acabaremos pareciendo personajes de película de ficción, con una frente enorme, y una capacidad intelectual proporcionalmente formidable. Para que esto pasara, debería existir todavía una relación entre el tamaño del cerebro frontal y la capacidad de reproducirse, que parece muy improbable. La otra razón por la que esta parte del cerebro tiene tanta relevancia es porque incluye el área llamada de Broca en su lado izquierdo. El área de Broca es el segmento del cerebro que más necesitamos para hablar, que es una característica tan humana. El desarrollo de esta área puede haber sido el paso evolutivo que definió nuestra especie.

Otras partes del cerebro no son menos importantes que el lóbulo frontal. El cerebro, en su totalidad, es un órgano de color rosáceo, de consistencia muy blanda, que tiene un aspecto muy parecido al de una coliflor, y que pesa alrededor de kilo y medio. Hay un mito popular (procuraremos desmentir muchos en este libro), según el cual, sólo usamos un diez o un veinte por ciento



de nuestro cerebro, aunque podríamos llegar a usar un porcentaje mucho mayor con ejercicios y entrenamientos esotéricos. Esto es claramente absurdo y ni siquiera merece que lo comentemos más, salvo decir que es precisamente el almacenamiento de este tipo de fantasías lo que malgasta espacio en el cerebro. Por cierto, el saber *sí* ocupa lugar. Pero sigamos con las distintas áreas del cerebro. Hay algunas que son sobre todo motoras, es decir, instigan y gobiernan movimientos en diferentes partes del cuerpo; hay otras que se ocupan de sentir sensaciones y de recibir y procesar información a través de los órganos sensoriales. Por ejemplo, el área occipital, que está en la parte trasera del cerebro, por encima de la nuca, procesa información visual. Es por esto que uno puede quedarse ciego cuando se daña esta área, incluso si los ojos y los nervios oculares permanecen intactos.

El lugar que ocupa el saber, es decir, la memoria, está en varias partes del cerebro, quizá porque hay distintos tipos de memoria y de almacenar información en ella. Es difícil imaginar la vida sin memoria. El recordar otorga a la vida la dimensión del tiempo, lo que pasó y lo que hubo, lo que fuimos. El escritor británico James Barrie dijo que Dios nos dio la memoria para que pudiéramos tener rosas en Diciembre. Nuestro conocimiento del mundo y los recuerdos de nuestra vida se almacenan con la ayuda de una zona del interior de los Lóbulos Temporales de la corteza cerebral, que se encuentran a ambos lados del cerebro (detrás de las orejas), llamada el Hipocampo, mientras que cosas como el saber andar en bicicleta, o tocar el piano, que no es algo consciente, se graban en ganglios de la base del cerebro y en el cerebelo. Cuando en los años cincuenta se comenzó a extirpar quirúrgicamente trozos del cerebro a enfermos de epilepsia grave para mejorar su dolencia, se notó que la extracción de los Lóbulos Temporales, incluyendo el



Hipocampo, a veces curaba la epilepsia, pero le dejaba al paciente con amnesia, sobre todo para información nueva, recibida después de la operación. Otras partes del cerebro también están involucradas en los circuitos de la memoria: la ya mencionada parte trasera del cerebro (Occipital) se ocupa de almacenar y procesar memorias visuales, que forman una gran parte del total de nuestros recuerdos, y asimismo necesitamos el Lóbulo Frontal, que ya conocemos bien, para evocar o despertar memorias². Un neuropsicólogo ruso famoso, llamado Luria, describió el caso de un periodista que vivió en Moscú en los años veinte, y que tenía una habilidad poco usual: parecía ser capaz de recordarlo todo y de no olvidar nunca nada. Nunca necesitaba tomar notas en su trabajo. En realidad, el periodista en cuestión simplemente había desarrollado reglas “mnemotécnicas” muy eficaces, que le permitían recordar largas listas de números y datos, asociándolos en su memoria con cosas fáciles de recordar. Parece ser que también tenía lo que se llama sinestesia; es decir, era capaz de asociar una sensación de un sentido con otra de otro sentido, por ejemplo, un color con un sabor. Esta capacidad adicional de asociación también le ayudaba a recordar cosas. Ninguna mente podría funcionar sin la capacidad de olvidar información superflua. La memoria de este periodista de Moscú era muy poderosa, pero su intelecto era concreto –no era capaz de producir pensamientos abstractos– y su salud mental era frágil y vulnerable. No hay acuerdo entre los que estudian esta área sobre si el dormir tiene algo que ver con el recordar, aunque muchos creen que tiene más que ver con el

2. Recordará el lector que el Lóbulo Frontal tiene funciones “ejecutivas”, así que no es de extrañar que lo necesitamos para discernir y evocar información específica, que está yacente en la memoria.



olvidar cosas banales, que de quedar ahí, contaminarían lo que queremos retener. Sí que parece ser que lo que se aprende justo antes de ir a la cama, se recuerda mejor después. Como siempre se ha dicho, “lección dormida, lección sabida”. Las cosas se olvidan o recuerdan dependiendo de factores y procesos complicados, tales como la importancia de la información y la carga emocional que se le otorga. Por ejemplo, un estudio realizado en Japón demostró que pacientes con demencia, aparentemente incapaces de recordar ningún suceso reciente, sí recordaban sin embargo todos los detalles del terremoto que habían sufrido en la ciudad de Kobe, durante el que, naturalmente, habían pasado mucho miedo. En este caso, el miedo había ayudado a *fixar* los sucesos del terremoto en la memoria. Más adelante en el libro, hablaremos del Síndrome de Korsakoff, que a veces afecta a los que abusan del alcohol, y que consiste en la incapacidad de registrar y recordar información. Hay quien bebe para olvidar, y de verdad consigue olvidarlo todo.

Podemos asumir que las emociones no son exclusivamente humanas. Todos reconocemos las expresiones de alegría o de miedo en un perro, por ejemplo. Sin embargo, son las emociones las que nos motivan, las que nos *mueven* (de aquí viene la palabra), y las que nos inhiben. Gran parte del lenguaje psiquiátrico se refiere a las emociones. De hecho, gran parte del lenguaje coloquial también se refiere a las emociones, aunque los idiomas usados en sociedades pre-industriales³ a veces no tienen palabras específicas para emociones sutiles, quizá porque estas sociedades necesitan funcionar, y por lo tanto también comunicarse, de una manera comparativamente más utilitaria. El Sistema Límbico, así llamado porque está en la frontera (limbo) entre dos segmentos evolutivos

3. Primitivas, para entendernos, aunque no por ello inferiores.



del cerebro, gobierna nuestras emociones. Es una estructura más bien redonda, como un anillo, por debajo de la superficie del cerebro, que recibe conexiones de todos los órganos sensoriales y también manda conexiones al resto del cerebro. El sentido del olfato está en relación particularmente íntima con el Sistema Límbico. Se han realizado experimentos en los que el Sistema Límbico de una rata de laboratorio se estimula con pequeñas descargas eléctricas, y la rata aprende que ella misma puede provocar la descarga al empujar una palanquita. Las ratas de estos experimentos empujan la palanquita constantemente, incluso más que las palanquitas que les dan comida, por lo que sabemos que la descarga eléctrica en el Sistema Límbico les produce una sensación placentera. También se han hecho experimentos parecidos con cerebros humanos, en los que el sujeto está despierto y es capaz de describir lo que siente cuando el investigador estimula zonas del Sistema Límbico. Así sabemos que hay áreas en este sistema que, cuando son estimuladas, el individuo siente rabia, mientras que con otras se siente un placer general, o incluso un placer específicamente sexual.

Sin embargo, la mayor parte de las emociones humanas (y quizá también las de otros animales) son complejas y no inmediatamente reducibles a puro placer, miedo, rabia o tristeza. Muchas religiones y filosofías han propugnado el distanciamiento de las emociones, como manera de evitar la infelicidad y el vacío interior. Todos sabemos que la alegría no es lo mismo que la felicidad. No las confundimos. Lo que pasa es que el encontrar la alegría, aun siendo difícil, es más fácil que el encontrar la felicidad, que es algo más etéreo y elusivo, menos tangible y menos pasajero que una mera emoción. Pero el lenguaje sí confunde estos conceptos: hablamos de estar *contento* para definir un estado de alegría, cuando en realidad esta palabra originalmente significaba que uno limitaba o



contenía sus deseos a lo que uno tenía –receta clásica para la felicidad, o por lo menos para evitar el sufrimiento–. En cualquier caso, el alcanzar un estado de satisfacción interior, quizá incluso de gozo mantenido, si es que existe tal cosa, es algo para lo que no hay una receta psiquiátrica. Dicho así, parece evidente, y sin embargo, no falta quien ve la infelicidad como algo que merece tratamiento médico, algo aborrecible por ser insalubre y feo, como tener mala dentadura. La realidad es que un cerebro que no funciona bien puede producir, por su mal funcionamiento, enorme sufrimiento e infelicidad, mientras que un cerebro que funcione perfectamente bien –desde el punto de vista psiquiátrico–, es seguramente necesario, pero no suficiente, para el bienestar psicológico. Reconozco que esto es una simplificación, pero ayuda a explicar la relación entre las emociones y la felicidad.

Sigmund Freud, quien antes de inventar el psicoanálisis había trabajado como neurólogo, y por lo tanto era capaz de entender el cerebro como un órgano biológico, popularizó el concepto del *inconsciente* (o como se ha dado en llamar en la psicología popular, *subconsciente*). Desgraciadamente, es fácil confundir el inconsciente con *lo* inconsciente. Lo primero se refiere al material psicológico que, según Freud (y otros antes que él) yace enterrado en las profundidades de nuestra *psique*, mientras que lo segundo es un adjetivo que se puede aplicar a cualquier proceso mental que no alcanza la conciencia, es decir, del que no nos damos cuenta. Dejaremos a Freud a un lado por ahora, aunque volveremos a él más adelante en el libro. Hay muchísimos procesos mentales de los que las partes del cerebro que “piensan” no saben nada. Por ejemplo, ya hemos hablado del tipo de memoria que usamos para recordar cómo andar en bicicleta o tocar el piano, y que es inconsciente. El pensar le da más que suficientes preocupaciones a la mente consciente, así



que las funciones vegetativas, el gobierno de las vísceras, el equilibrio, el procesamiento de las señales que llegan de los sentidos, etcétera, las manejan la base y el tronco del cerebro, sin que nosotros tengamos que llegar a saber que nos estamos haciendo cargo de estas cosas. Es algo así como un electrodoméstico con muchas funciones automáticas. Otro concepto relacionado es el de la conciencia de uno mismo, que es algo terriblemente misterioso y que no se puede decir que esté en ninguna parte específica del cerebro, como la mayor parte de sus funciones más elevadas e interesantes. Los que comparan el cerebro con un ordenador, y ven a este órgano como una mera máquina de pensar, no consiguen diseñar un modelo que replique la conciencia, ni siquiera un aproximación lejana a ella. Otro mito: el de que la ciencia informática está avanzando tanto, que se puede ya vislumbrar el momento en el que se pueda diseñar una mente artificial. No. El problema no es que haga falta un incremento cuantitativo en nuestra capacidad de entender la auto-conciencia para que seamos capaces de imitarla; lo que necesitaríamos es un avance cualitativo, es decir, todavía no sabemos dónde *empezar*, así que sería imposible decir cuándo lo vamos a conseguir. Un ordenador piensa muy rápido, pero no sabe que está pensando. El ordenador consciente, quizá incluso con personalidad y ambición, como el de la película *2001 Odisea del Espacio*⁴, todavía pertenece a la ciencia-ficción. Una frase citada con frecuencia es la de que el cerebro es un órgano que no se entiende a sí mismo. Sin embargo, sí es consciente de sí mismo, lo que seguramente tiene mucho más mérito. Dijo Schelling en el siglo XIX que la naturaleza duerme en las piedras, sueña en las plantas, se despierta en los animales, y alcanza la conciencia en el hombre.

4. Dirigida por Stanley Kubrick en 1968.



¿Tienen conciencia de sí mismos los animales?, ¿quizá sólo los mamíferos, o acaso la conciencia sea una dimensión, una cantidad, algo de lo que nosotros tenemos mucho, un simio bastante, una gallina menos, y una hormiga muy poquito? Quién sabe, puede que un ordenador tenga una cantidad infinitesimal de conciencia de sí mismo... aunque, la verdad, no lo creo.

Como vamos viendo, no todas las cosas que hace el cerebro se pueden situar en puntos “geográficos” específicos de este órgano. A comienzos del siglo XIX, alguien llamado Spurzheim inventó la Frenología. Esta pseudo-ciencia, que llegó a interesar incluso a la Reina Victoria de Inglaterra, consistía en describir las características de una persona, y sus posibles problemas psicológicos o morales –era una época muy moralista– a partir de la forma de su cabeza. Cosas como la capacidad de sentir esperanza, o la intuición, se situaban de manera muy arbitraria en relieves concretos del cráneo. Hoy todo esto ya está olvidado. Ahora sabemos que estos relieves del cráneo, que es sólo un hueso, tienen poco que ver con el cerebro que contiene, y que, en cualquier caso, nadie sabe dónde se encuentra la intuición en el cerebro, porque seguramente está en muchos sitios a la vez. El cerebro es un sistema de circuitos complejísimo, compuestos por neuronas (las células del tejido nervioso) y sus *axones*, o los “cables” que las neuronas usan para conectarse entre ellas. Nuestros pensamientos, así como nuestras características personales, o las funciones cerebrales de las que ya hemos hablado, son el producto de estas conexiones y circuitos. En otras palabras, la psique, o la mente, es la esencia del difícilísimo entrelazado celular del cerebro, y está esparcida a lo largo de él. De hecho, una de las cosas más importantes que hace el cerebro es el *integrar* lo que procesa en todos sus circuitos y todas sus áreas, de tal manera que el producto final es algo coherente y útil. Algunas



de las enfermedades mentales de las que hablaremos más tarde tienen su origen, al menos en cierta medida, en un fallo en los mecanismos de integración del cerebro. Por ejemplo, el oír “voces” puede ser el resultado de que el individuo no es capaz de reconocer (o procesar) sus pensamientos (o “discurso interior”) como suyos, y los atribuye de manera inconsciente a voces exteriores a él. En otras palabras, un sistema de circuitos específico del cerebro ha “producido” un pensamiento, pero el sistema que se debería haber encargado de reconocerlo como propio no lo ha hecho, y esto ha creado una alucinación. En este caso, la integración de dos funciones cerebrales ha sido defectuosa.

Desgraciadamente, el cerebro, ese órgano que no siempre se entiende a sí mismo, funciona muchas veces de manera defectuosa. Por eso necesitamos psiquiatras.



2

HISTORIA DE LA LOCURA

La historia de la locura no es exactamente lo mismo que la historia de la psiquiatría. La segunda es muy corta, porque hasta hace bastante poco no sabíamos qué hacer con las enfermedades mentales. La primera es, por supuesto, tan larga como la de la humanidad. Empecemos por la palabra que define este libro: “psiquiatría” viene de Psique, que quiere decir *alma* en Griego. Según esto, los psiquiatras nos encargamos del alma, mientras que los otros médicos, los *físicos*, como se les llamaba antes, y se les sigue llamando en inglés (*physicians*), curan el cuerpo. Bueno, esto es lo que creía el pensador Descartes, pero la realidad es mucho más compleja. Abarcaremos este tema en detalle más adelante en el libro. *Psique* aparece en la mitología griega como una princesa muy atractiva, con una mariposa como su símbolo. Era muy atractiva, tanto que Venus estaba celosa de ella, y se puso más celosa cuando su hijo, Cupido, se enamoró de Psique, y ella de él. El hecho de que decidieran llamar a su hija *Placer* provoca resonancias freudianas interesantes. Pero después de todo, la pequeña Placer tenía derecho



a tener un nombre exuberante, ya que los de sus padres no eran exactamente austeros.

Como decíamos en el primer capítulo, en la antigüedad se creía que el alma estaba en el corazón. Todavía las canciones románticas hablan del corazón como el origen y sede del amor, convirtiéndose este órgano en algo que, en los intrincados procesos de las pasiones, se hiere y se mata, se da y se roba, como el alma. Hipócrates, médico-filósofo griego que vivió en el siglo V antes de Cristo, y otros filósofos como Pitágoras (aquel del triángulo), o el mismo Platón, se dieron cuenta de que los pensamientos estaban de hecho en el cerebro, y no en las vísceras del tórax y del abdomen, como se había creído hasta entonces. De esta manera, Hipócrates ubicó nuestra “psique” en el órgano más complejo de nuestro cuerpo, que la futura psiquiatría intentará entender, y también curar y remediar cuando se trastorna.

Se cree que el primer hospital psiquiátrico se fundó en Bagdad en el siglo IV, y que la influencia árabe explica el que los primeros manicomios europeos se establecieran en España, alrededor del siglo XIII o XIV. Poco después, se abrió el famoso Bethlem (Nuestra Señora de Belén), o *Bedlam*, como se le conocía popularmente, en Londres. Digo que es famoso porque el Bedlam de hace siglos (todavía existe, y está cerca de mi casa) se ha convertido en el ejemplo tradicional del manicomio-pesadilla; tanto es así que la palabra pasó hace mucho al lenguaje coloquial inglés, para describir algo que es horroroso, o una locura. También se hizo una película de miedo titulada *Bedlam*, con Boris Karloff como protagonista¹. Recuerdo que la vi hace muchos años mientras estaba de guardia

1. Dirigida por Mark Robson en 1946.



en un psiquiátrico a la noche, lo que resultó muy evocativo. Sin embargo, la característica principal del Bedlam de antaño, y desde luego lo que más nos llama la atención hoy en día, es el que los “locos” se exhibieran para el entretenimiento del público, como fenómenos de feria, hasta el año 1770. Los turistas del siglo XVIII en Londres podían visitar la Torre de Londres, donde en aquella época había un zoo de animales, y después ir dando un paseo al Bedlam, a ver los locos, como si esto fuera una continuación del mismo *show*. Esto indica claramente que la filosofía del Bedlam no era exactamente terapéutica, sino lo que hoy se llamaría de custodia, o peor. Y tampoco era esto una cosa única: el también ilustre manicomio de Viena, el *Narrenturm*, que era una torre muy imponente, erigida a finales del siglo XVIII, sirvió entre otras cosas para acoger a locos que hasta entonces se habían explotado como atracciones circenses en el mercado de la ciudad. La otra característica curiosa del *Narrenturm* es la enorme colección de muestras patológicas que alberga hoy en día, tales como cuerpos deformados y monstruosidades, que casi le da a uno la sensación de que los gerentes de la institución quisieran acentuar el carácter morboso del edificio.

Pero volvamos a los árabes, quienes en la Edad Media tenían una cultura claramente superior a la occidental, lo que les ayudó a adoptar un enfoque mucho más agradable en relación al sufrimiento psicológico: por ejemplo, los árabes creían que la mejor manera de curar la melancolía era por medio de terapias hedonistas (placenteras), tales como la buena comida, baños, compañía agradable, música, y un poco de sexo, que nunca le ha hecho daño a nadie. Esto contrasta con las curas para la melancolía en los países cristianos en la misma época, que incluían las sangrías (decían que alrededor del ano eran muy buenas), y las purgas. Al margen



de consideraciones de eficacia, y pudiendo elegir, está claro cuál de estos dos perspectivas preferiría el melancólico medio.

Y sin embargo, a pesar de lo desagradable que sería caer en manos del sistema tutelar del manicomio de la época pre-industrial, la alternativa no era muy atractiva tampoco. Esencialmente, la mayoría de los enfermos mentales, hasta el siglo XIX, no recibían ningún tipo de asistencia o cuidado. Si uno considera que muchos eran incontrolables porque no había medicinas para calmarles, no sorprende entonces que el resultado fuera que sus familias les ataran al suelo o a las paredes de la casa con cadenas. De hecho, esto es todavía lo que pasa en muchos países del tercer mundo, donde no hay acceso a tratamientos psiquiátricos. Como dice Shorter en su Historia de la Psiquiatría, la idea romántica del tonto del pueblo, feliz y protegido por toda la comunidad, no se podría aplicar a muchos “locos”, que lejos de estar felices y protegidos, se verían más bien abandonados por su familia y comunidad, y atormentados por el sufrimiento de su enfermedad.

En el siglo XIV, un tal Heinrich Kramer, que era un inquisidor alemán, escribió un libro que después se hizo muy famoso: se llamaba *Malleus Maleficarum*, que normalmente se traduce del latín como el “martillo de las brujas”, o sea, una guía teórica y práctica para deshacerse de brujas y agentes del diablo. La visión generalizada que existe hoy en día es que muchas enfermas mentales murieron quemadas como brujas durante aquella época. En cualquier caso, la importancia de este libro, que aparece mencionado en muchas crónicas de la psiquiatría, y por eso se menciona también aquí, quizá se ha exagerado un poco. En realidad, la mayor parte de los clérigos de la época no tenían al autor de este libro en muy alta estima y le veían como un fanático. Y es un libro muy aburrido.



Puestos a aclarar cosas, vale la pena mencionar que la mayor parte de las quemaduras de brujas se llevó a cabo en Alemania y los países de los Alpes, no en España, donde siempre se cree que pasó todo lo que tiene que ver con la Inquisición, que no fue una empresa exclusivamente protestante o católica, y que no pasó en la Edad Media, como se tiende a pensar, sino que fue en realidad un fenómeno del Renacimiento, paradójicamente.

El siguiente período en la historia de la psiquiatría nos lleva a los tiempos de la Ilustración y la revolución francesa. Alrededor de esa época, dos médicos franceses, ambos del área de Toulouse, destacan por su enfoque novedoso en el tratamiento de las locuras. El primero se llamaba Pinel, a quien se considera padre de la psiquiatría moderna, aunque la palabra no la inventó él, sino alguien llamado Riel en 1811. El segundo era su discípulo, que se llamaba Esquirol. Pinel dirigió el Hospicio de Bicetre en París durante la revolución, y se distinguió por su invención de lo que hoy en día se llama la Comunidad Terapéutica, que se refiere a un tipo de hospital psiquiátrico en el que los enfermos y los que los cuidan viven juntos, como miembros de la misma comunidad. Hubo otros que también contribuyeron a este movimiento, que entonces se llamaba “terapia moral”, como por ejemplo Tuke, un cuáquero comerciante de té de York, en el Norte de Inglaterra, quien también al final del siglo XVIII abrió una clínica que todavía existe y se llama *York Retreat*. La filosofía de estos centros y de estos personajes, que prácticamente por primera vez en la historia de la medicina intentaban curar los desórdenes de los nervios y las locuras, era relativamente sencilla, y a la vez revolucionaria: ellos pensaban que la melancolía y la locura se podían curar con la razón (era el período del Racionalismo después de todo), así como respeto y disciplina. Los asilos de aquellos tiempos empezaron a tener músicos, baños, e incluso teatros. Se



animaba a los enfermos a dibujar, a apreciar la naturaleza, y a dar paseos. Todo esto era una expresión de los valores de la época, caracterizada por una preocupación creciente por los derechos del individuo y el poder de la razón, que culminó en la Declaración de Independencia Americana y la Revolución Francesa. Pinel, Esquirol y Tuke hablaban del sufrimiento psicológico y de cómo curarlo en términos que no sonarían extraños a un psicólogo moderno que ejerciera la Terapia Cognitiva, que al fin y al cabo se basa en los mismos principios. Pinel dijo que hacía falta penetrar dentro de los pensamientos del enfermo y exponer sus contradicciones, que es precisamente lo que hacen muchos psicoterapeutas hoy en día.

Es posible que los manicomios españoles de la Edad Media y Renacimiento ya intentaran, por lo menos en cierta medida, adoptar este tipo de orientación humana con sus enfermos. Se dice que algunos de esos asilos españoles ya habían abolido las cadenas y usaban juegos, entretenimiento, higiene, y una dieta saludable, a comienzos del siglo XV. Por cierto, uno de los primeros asilos para enfermos mentales en Italia –*Pazzarella*, en Roma– fue fundado por tres navarros. Volviendo al asunto de la “terapia moral”, una buena ilustración de este tipo de tratamiento es el que se muestra en la película *La locura del rey Jorge*², en la que el Rey de Inglaterra se vuelve loco³ y el poder pasa temporalmente a su ambicioso hijo, el Regente y futuro rey, a quien siempre se define como extravagante y difícil, como muestra el hecho de que no invitara a su mujer a la ceremonia de su coronación. En la película, por lo tanto, es impor-

2. Dirigida por Nicholas Hytner en 1994.

3. Se cree hoy en día que tenía Porfiria, un desorden metabólico que produce períodos de aparente locura, dolor abdominal, y orina rojiza. A los médicos de aquel tiempo les parecía muy importante el mirar el color de las heces y la orina, que en este caso se anotó cuidadosamente.



tante que se le trate al rey con éxito para que recobre la razón y el país no se vea en las manos de su desagradable hijo⁴. Al rey se le trata con disciplina y con el uso de la razón, como hemos dicho que se hacía en aquellos tiempos, y todo acaba bien.

También en el siglo XVIII existió otro personaje que influyó muchísimo la visión de la psicología humana, no solo de su tiempo, sino de lo que vino más tarde, como por ejemplo el hipnotismo o el electroshock. Su nombre era Franz Anton Mesmer y era suizo. Mesmer desarrolló el concepto del “magnetismo animal”, que ahora tiene connotaciones más bien eróticas, pero entonces se refería al trance “magnético” que Mesmer inducía en sus pacientes con quejas psicológicas cuando les metía en una bañera, supuestamente magnética y llena de virutas de hierro y otras cosas, y les tocaba música con un órgano de cristal, detrás de una cortina. Se dice que Mesmer decoraba la habitación con símbolos astrológicos y que se vestía como un druida, y que tocaba a sus pacientes con una varita para incitar la cura final...todo esto parece muy reminiscente de la simbología pagana de los adeptos a la *New Age*, pero la idea del trance combinado con el drama le hace a uno recordar el psicoanálisis, mientras que la idea de la electricidad que cura la infelicidad sigue estando plenamente vigente, no solo con el electroshock, pero incluso más con la “Estimulación Magnética Transcraneal”, que es el tratamiento para la depresión por medio de estímulos magnéticos repetidos y aplicados al cráneo del enfermo, aunque, a decir verdad, este tratamiento nunca ha llegado a ser muy popular, a pesar de que se inventó hace bastante tiempo. Por cierto, uno de los personajes en la ópera *Cosí fan Tutte* de Mozart, que era amigo

4. La película acaba bien, pero en realidad el hijo de Jorge III sí se hizo rey en 1821, y reinó como Jorge IV.



de Mesmer, se cura con tratamiento magnético. La “electroterapia”, que es algo parecido al magnetismo animal, floreció durante el siglo XIX, que fue un período de gran optimismo en todo aquello relacionado con el progreso y la tecnología. La electricidad era algo relativamente nuevo, al menos en cuanto a sus usos prácticos, así que no es de extrañar el que se quisiera aplicarla a los desórdenes de los nervios. Un médico americano llamado George Miler Beard desarrolló, junto con otros coetáneos, la electroterapia, que consistía en aplicar corrientes eléctricas al enfermo durante el curso de rituales bastante complicados. Si el enfermo se quejaba de impotencia, se le administraba la corriente en el pene...

Beard pensaba que los americanos eran gente muy nerviosa⁵, y que la fatiga y el nerviosismo eran consecuencia de “el estrés de la vida moderna, el telégrafo, la máquina de vapor”, etc. (esto prueba que la “vida moderna” no es una cosa muy moderna después de todo). Pensaba Beard asimismo que las mujeres americanas, en este ambiente de modernismo frenético, se veían por primera vez obligadas a pensar mucho, y que esto constituía un riesgo psicológico, por la falta de costumbre, que podía acabar produciendo lo que se dio en llamar la Neurastenia, que quería decir cansancio de los nervios. Como siempre, estas cosas no las piensa un individuo solo, sino que son parte de la manera de pensar de la época. La electricidad, con la que Beard curaba la neurastenia, estaba de moda como un fenómeno nuevo y excitante, mientras que la idea del nerviosismo y la necesidad de aliviarlo con un tónico, se estableció más tarde en el ámbito popular americano con la invención de la Coca-Cola, que se vendía originalmente como un remedio para el cansancio y el nerviosismo. Como todo el mundo sabe, la Coca-Cola

5. Beard escribió un tratado titulado “El nerviosismo americano, con sus causas y consecuencias”.



tenía extractos de coca, de ahí el nombre, así como sus propiedades estimulantes. En su afán de promocionar la electricidad, Beard se codeó con otros personajes interesantes de la América de entonces, como por ejemplo Thomas Edison, el inventor de la bombilla, o Alphonse David Rockwell, que era también un electro-terapeuta. Ambos contribuyeron a la invención de otro aparato eléctrico mucho más célebre en la historia americana: la silla eléctrica. Edison insistió en que la silla eléctrica debía funcionar con corriente alterna, para así demostrar que este tipo de electricidad era muy peligrosa, a diferencia de la corriente continua o directa, que era la que él usaba para sus inventos más comerciales.

Volviendo a la Neurastenia, este término, y la enfermedad a la que se aplicaba, cayó en desuso con el tiempo, para resucitar en los años ochenta del siglo pasado como la “gripe de los yuppies”, o lo que después se ha dado en llamar el Síndrome de Fatiga Crónico, que es exactamente lo mismo que la Neurastenia, y tan relacionado con la vida moderna hoy en día como lo estaba en el siglo XIX, o sea, quizá no mucho. La fatiga y la neurastenia también siguen aquejando, hoy como antaño, sobre todo a las clases acomodadas. Lo que yo pienso es que aqueja a todas las clases igualmente, pero los más educados siempre prefieren, y reciben, diagnósticos más bonitos que los peor informados. En este caso por ejemplo, la neurastenia de un profesional acomodado podría ser la pereza de un proletario... Sin embargo, la fatiga crónica es un fenómeno muy real y que produce mucho sufrimiento, pero dejaremos este asunto para más tarde en el libro.

Durante el siglo XIX, la profesión psiquiátrica se divide de manera bastante clara entre los que cuidan de la locura por una parte, y los que se dedican a los problemas de los “nervios” por



otra. En gran medida, esta distinción todavía existe y sigue muy presente. La psiquiatría de manicomio sigue teniendo un estigma muy significativo, mientras que la psiquiatría más “suave”, la que se ocupa de los problemas neuróticos y de las relaciones, a veces tiene el efecto social opuesto, casi como un complemento de *lifestyle* que mejora la imagen social de quien la consume, como puede ser el caso en ciertos círculos en Los Ángeles o en Buenos Aires, por ejemplo. Esta psiquiatría “suave” se estableció en los balnearios en el siglo XIX, combinando con mucho éxito las creencias tradicionales respecto al poder curativo de las aguas medicinales y los períodos de descanso placenteros, con la vida de sociedad. La ironía es que la psiquiatría “suave” en realidad no existe, salvo como una distinción social. En otras palabras, las neurosis y los problemas de ajuste social generan muchísimo dolor psicológico y *déficit* funcional, a veces tanto o incluso más que algunas psicosis o demencias. Por ejemplo, una persona con ataques de pánico frecuentes, o con una neurosis obsesiva, merece tanta compasión como un paciente psicótico. Pero la diferencia entre el paciente del balneario y el paciente del manicomio es sobre todo social; hoy en día los equivalentes quizá no sean tan obvios, pero no costaría mucho encontrarlos. Trabajé hace muchos años en un hospital que estaba en una área industrial de las afueras de Londres. Este hospital tenía pacientes psiquiátricos privados al comienzo del siglo XX, y todavía se conservaba en el restaurante la galería abalconada donde en el pasado tocaban los músicos. Los pacientes de un manicomio público de entonces no habrían tenido música; quizá habrían tenido que trabajar, en vez de oír música.

Públicos o privados, el hecho es que la población de enfermos internos en hospitales psiquiátricos o asilos aumentó de manera dramática durante el siglo XIX. Unos dicen que esto se debió a que



el consumo de alcohol también aumentara, y a que la sífilis hizo estragos en la población europea durante ese período. La sífilis era muy importante en la psiquiatría porque en su estadio tardío afectaba al cerebro, produciendo todo tipo de problemas, como psicosis y demencias. Nietzsche, Gauguin, Abraham Lincoln, Oscar Wilde, Beethoven, van Gogh, Guy de Maupassant, e incluso Hitler, se cuentan entre aquellos sobre los que se ha especulado que sufrieron esta infección venérea, aunque estas cosas hay que tomarlas con un cierto escepticismo. Es fácil olvidarse hoy en día de lo vulnerable que era la humanidad a las infecciones bacteriales, hasta que Alexander Fleming descubriera la penicilina en Oxford, en 1929; en realidad, la guerra mundial contribuyó a que la penicilina, con la que traficaba el personaje de Orson Welles en "El Tercer Hombre", no se usara para la sífilis hasta mucho más tarde. La penicilina sigue siendo el tratamiento que usamos para la sífilis, que todavía existe, aunque la veamos sólo muy rara vez.

Shorter nombra en su historia de la psiquiatría un ejemplo interesante del pesimismo terapéutico que reinaba en los manicomios del siglo XIX, que es lo que un psiquiatra americano llamó, de manera muy erudita, el "*haematoma auris*", es decir, el moratón de oreja, que este psiquiatra pensaba que era una característica intrínseca de la locura, cuando en realidad era la consecuencia de los golpes que algunos pacientes recibían de los enfermeros.

Decíamos que hay quien piensa que el aumento en la población psiquiátrica en el siglo XIX se debió a la sífilis y al alcohol, pero otros piensan que la explicación es sociológica y relacionada con el hecho de que fue éste un tiempo de muy poca tolerancia social, durante

6. Dirigida por Carol Reed en 1949, precisamente el mismo año en el que la Penicilina se usó por primera vez para tratar la sífilis.



el cual la excentricidad, la homosexualidad, o cualquier otra desviación de la norma establecida, se interpretaba como evidencia de locura, algo así como lo que pasó durante la época soviética, cuando la disidencia política también se consideraba patológica.

Los años mil-novecientos nos brindaron un concepto de enfermedad mental que parece dar la razón a los que piensan que los manicomios se llenaron porque la sociedad de entonces era muy intolerante: este concepto está todavía con nosotros cuando hablamos de individuos que son “degenerados”. La teoría de la Degeneración mantenía que las enfermedades mentales se acentuaban al pasar a través de las generaciones. Esta base teórica se expandió hacia la creencia de que incluso las características adquiridas, como el comportamiento criminal o el alcoholismo, se podían transmitir y agregar a la creciente tara genética del árbol genealógico del “degenerado”. Hay que empezar por decir que esto no es así, que las características adquiridas no se heredan, y que las cosas malas que sí se heredan no producen un proceso de degeneración gradual. La teoría de la degeneración se transformó con el tiempo en la Eugenesia, que la Real Academia Española define como la “aplicación de las leyes biológicas de la herencia al perfeccionamiento de la especie humana.” Dicho así, parece inocente, pero la eugenesia sustentó la ideología que intentó justificar el Holocausto durante la Segunda Guerra Mundial. Las taras (o la pertenencia a etnias políticamente indeseables), había que erradicarlas para que no mancharan y redujeran el valor genético de la sociedad en su conjunto. Y los enfermos mentales sí reducían el valor genético de la sociedad, o eso se creía entonces. Que conste que la eugenesia en sí, sin llegar a los extremos de la cámara de gas, era algo muy popular incluso entre los políticos liberales de muchas naciones, y no exclusivamente una teoría Nazi.



Sigmund Freud nació en 1856 en Moravia, que hoy en día está en la República Checa, pero entonces era parte del Imperio Austriaco. Por cierto, cuando nació Freud, Sissi, de la que hablaremos en el capítulo sobre la anorexia, ya llevaba dos años como emperatriz de Austria. La madre de Freud era muy joven cuando dio a luz a Sigmund, y además era bastante atractiva, lo que quizá explique en cierta medida el que más tarde Freud desarrollara su famosa teoría sobre la existencia de una relación erótica entre el niño y su madre en el complejo de Edipo. Los Freud eran judíos y acomodados. Ambas características se nombran mucho en las biografías de Freud; el hecho de que tanto él como sus clientes fueran de clase media se nombra para explicar las represiones sexuales de sus pacientes, y el que fuera judío, para explicar el hecho de que los intelectuales gentiles no le aceptaran. La familia se trasladó a Viena, donde Freud ganó notoriedad, tras estudiar en París con Charcot, que fue quien le estimuló su interés por la histeria. Cuando los Nazis empezaron a mostrar su bilis antisemítica en Austria (Hitler era austriaco, después de todo), Sigmund se trasladó a Londres, donde murió de un cáncer en la boca, quizá relacionado con el que fumara con tanta avidez durante toda su vida. La que fuera su casa en Londres, en el barrio de Hampstead, se ha convertido en museo, donde uno puede ver todavía el famoso diván, sobre el que se recostaron sus célebres pacientes. Algunos de estos pacientes han dejado sus problemas psicológicos impresos de manera indeleble en la historia de la psicología, lo que no estoy seguro de que les llenara de orgullo, de haberlo sabido.

Después de la Segunda Guerra Mundial, el psicoanálisis en su conjunto, así como muchos de los alumnos judíos de Freud –aquellos que habían sobrevivido el holocausto–, se trasladaron a los Estados Unidos, donde el psicoanálisis acabó cambiando su enfo-



que de índole sexual por una perspectiva más social. Hoy en día, el psicoanálisis, por lo menos el del tipo diseñado por Freud, quizá no esté tan de moda como lo estuvo en su época de apogeo, pero la figura de Freud ha trascendido su papel inicial como pionero de la psicología, para convertirse en un icono cultural de proyección universal.

El análisis y otras psicoterapias son “curas de hablar”, que no intentan resolver las cosas por medio de intervenciones químicas, eléctricas, o mecánicas. La psiquiatría actual usa pastillas e inyecciones, psicoterapia, electricidad de vez en cuando, y poco más. Pero al comienzo del siglo XX, las cosas eran diferentes. No había entonces pastillas a la disposición de los psiquiatras que resolvieran gran cosa, así que los precursores de la psiquiatría “biológica” tenían que buscar remedios por cualquier sitio, y sin prejuicios. Un tratamiento curioso, además de peligroso, que se usó por aquel tiempo, consistía en inocular a pacientes de neurosífilis con malaria, con la intención de darles fiebre, ya que la fiebre parecía disminuir los síntomas psiquiátricos de esos enfermos.

Algo parecido se descubrió en un hospital de Michigan en los años treinta, cuando los médicos que cuidaban de enfermos diabéticos observaron que la insulina parecía aliviar la tristeza de los que estaban deprimidos, y que si sobrevivían un estado de coma por exceso accidental de insulina, esto también parecía mejorar los síntomas psicóticos (alucinaciones y delirios) de aquellos que los padecían. Así que la idea era simple: si uno inducía un coma por medio de la administración de insulina al paciente, de manera controlada (bajando los niveles de azúcar en la sangre), el enfer-

7. Es decir, una escuela de psiquiatría con un enfoque más médico que psicológico.



mo mejoraría en sus síntomas psiquiátricos cuando los médicos le dieran azúcar, sacándole así del coma. Entre las otras aplicaciones terapéuticas del coma insulínico se contaban el tratamiento de la adicción a la morfina y el estímulo del apetito en casos de anorexia. La Terapia de Insulina, que es así como se llamaba, se hizo muy popular muy rápidamente, de tal manera que todos los centros psiquiátricos de cierto prestigio contaban con una Unidad de Insulina en los años treinta.

Abarcaremos los medicamentos psiquiátricos en los capítulos dedicados a las enfermedades que curan cada una de estas medicinas. Baste decir por ahora que el descubrimiento de los fármacos más famosos en la psiquiatría tiene un factor común: se encontraron por casualidad mientras se buscaban otras cosas. El primer antipsicótico se encontró durante el proceso de desarrollo de un potenciador de anestesia, el primer antidepresivo era en realidad una droga para la tuberculosis, otro antidepresivo importante (la Imipramina) debería haber sido un antipsicótico, y las sales de Litio las identificó como agente anti-maníaco un Australiano, mientras buscaba algo completamente diferente. Pero no por ello debería uno restarle importancia a lo que estos medicamentos han conseguido, sobre todo en el tratamiento de la esquizofrenia, que ha pasado de ser una condena a la tortura psicológica sin descanso a convertirse en los años cincuenta (cuando se descubrieron los antipsicóticos y los antidepresivos) en una enfermedad crónica, con frecuencia muy problemática, pero algo en definitiva contra lo que uno puede luchar, con el apoyo de los medicamentos, así como de las estructuras terapéuticas necesarias. Se ha dicho que la Clorpromazina –el primer antipsicótico– ha sido para la psiquiatría lo que la penicilina fue para la medicina, y ambas drogas se descubrieron en los años cincuenta. Como dato curioso, se dice



que el primer barbitúrico se descubrió un día de Santa Bárbara en el siglo XIX, de ahí el nombre, aunque también he encontrado una versión apócrifa, según la cual, la novia del descubridor se llamaba Bárbara... quién sabe.

El electroshock no se descubrió por casualidad, pero sí se desarrolló por razones equivocadas, aunque no malvadas, como mucha gente cree. Ugo Cerletti, que era un psiquiatra italiano en los años treinta, pensaba que la epilepsia y la esquizofrenia eran entidades contrapuestas: es decir, cuanto más tenga uno de una cosa, menos tendrá de la otra. En realidad, Cerletti no tenía razón. La relación entre la epilepsia y la esquizofrenia funciona de manera más bien opuesta a como él había supuesto, o sea, la frecuencia con la que estas enfermedades aparecen juntas en el mismo individuo sugiere que muchas veces ambas comparten un origen común durante el desarrollo del cerebro. Pero no importa, el caso es que el electroshock era bueno para tratar la melancolía, aunque no fuera tan bueno para la esquizofrenia, después de todo.

Alrededor de 1960, se llevaron a cabo experimentos con la droga alucinógena LSD para ver si este tipo de sustancia química podría tener alguna utilidad en la psiquiatría. Uno de los voluntarios para estos experimentos se llamaba Ken Kesey, un escritor americano con tendencias alternativas, y no enteramente ajeno a los efectos de las drogas recreativas. Al finalizar los experimentos en los que había participado, Kesey se quedó a trabajar en una sala psiquiátrica en el turno de noche. Esto le sirvió de inspiración para escribir la novela *Alguien voló sobre el nido del cuco*, libro éste que ha tenido una influencia enorme en la manera en la que el público general percibe la psiquiatría institucional, sobre todo después de que United Artists pasara la novela al cine, con Jack



Nicholson como protagonista⁸. Lo significativo de esta historia es que la narración nos dice desde el principio que el protagonista (McMurphy, el personaje de Nicholson) no está loco, sino que es un criminal listillo que se está tratando de librar de los rigores de la cárcel haciéndose pasar por loco. En realidad, lo que el espectador o lector debe interpretar, a medida que progresa la narración, es que *ninguno* de los internos en el psiquiátrico que sirve de marco a esta historia está loco. La razón era muy simple: la locura no existía, sino que era una “construcción social”, es decir, algo que se había inventado para justificar la encarcelación y represión de aquellos individuos que no aceptaban las normas sociales establecidas.

Esta filosofía se acabó llamando la “Anti-Psiquiatría”, que fue uno de tantos movimientos de liberación que aparecieron durante los años sesenta y setenta. El paso del tiempo ha cementado algunas de aquellas ideologías de liberación, pero la Anti-Psiquiatría no ha conseguido convencernos de que las enfermedades mentales no existan. Siguen tozudamente con nosotros, a pesar de que vivamos ahora en tiempos más liberales que los de antaño y de que la sociedad occidental no sólo tolera a los excéntricos y a los desposeídos, sino que con frecuencia los ignora y los abandona. Si las enfermedades mentales fueran un espejismo creado por una sociedad intolerante, la sociedad actual, en su amor por la diferencia y el individualismo, debería haber erradicado la locura. Muchos creen que el mundo en el que vivimos ahora, con su neo-liberalismo y su falta de cohesión social, lejos de promover la salud mental, favorece de hecho el que los más vulnerables enfermen y se depriman, o se vuelvan psicóticos.

8. Dirigida por Milos Forman en 1975.



Por otra parte, los psiquiatras también se han empeñado a veces en expandir el concepto de la enfermedad mental y en medicalizar áreas que no les pertenecen. De hecho, esta es una tendencia significativa en la psiquiatría actual, aunque también ha existido en el pasado, cuando, por ejemplo, la homosexualidad se consideraba patológica y se clasificaba como un desorden de orientación sexual. Ahora la timidez es algo que se medica (se llama “fobia social”). De hecho, hay quien cree que la infelicidad como tal también es patológica, aunque para ello haría falta demostrar que es relativamente rara, que no parece ser el caso, porque no se podría definir como patológico un problema que afecte a la mayor parte de la población. En el polo opuesto, alguien llamado Bentall escribió un artículo hace unos años en una revista médica seria, en el que argumentaba que la felicidad debería clasificarse como un problema psiquiátrico, ya que, según Bentall, la felicidad es rara desde un punto de vista estadístico, y se asocia con un grupo de síntomas específicos, así como con anormalidades cognitivas (o sea, delirios sobre lo estupenda que es la vida). Pero ésta es una área que la psiquiatría no se ha empeñado en medicalizar, por razones obvias. El *British Medical Journal* publicó en el año 2002 una lista de pseudo-enfermedades, a la que los médicos lectores de la revista habían contribuido, votando electrónicamente: la lista incluía cosas como la calvicie, la fealdad, el hacerse viejo, el embarazo... y la infelicidad.

Voltaire dijo que la gente siempre ha estado loca, y que aquellos que creen que la pueden curar son los que están más locos de todos. Para Voltaire, por lo tanto, la historia de la psiquiatría era muy fácil de resumir.



3

TRISTEZA Y DEPRESIÓN

Como decíamos en el primer capítulo, la medicina antigua relacionaba la tristeza con uno de los humores en los que se basaba la fisiología humana, la “bilis negra”, que es lo que la palabra “melancolía” quiere decir literalmente. La depresión no tiene nada que ver con la bilis, negra o de cualquier otro color, pero la palabra “melancolía” sigue con nosotros, y de hecho se usa en psiquiatría para definir el tipo de depresión que necesita un tratamiento vigoroso. La tristeza, o melancolía, es la queja psiquiátrica más frecuente. Seguramente, también es la queja humana más frecuente. Si uno está contento, no hay necesidad de explicar o de justificar el sentimiento de alegría, porque la alegría es autosuficiente, es la meta de toda la actividad humana. Pero la tristeza demanda un remedio, una solución. Nada vale de nada si uno está triste. No hablamos aquí de la nostalgia, o de la auto-compasión un poco teatral que encuentra uno en las letras de los boleros de amor, sino de esa emoción tan desagradable que Churchill llamaba su “perro negro”¹, y que cuando adquiere

1. Winston Churchill sufría periodos de depresión y también bebía cantidades generosas de alcohol. Es probable que una cosa estuviera relacionada con la otra.



unas ciertas características de las que hablaremos a continuación, la llamamos Depresión.

Dijo la poetisa americana Ella Wheeler Wilcox: “ríe y el mundo entero reirá contigo, llora, y llorarás solo”. En esto consiste el drama de la depresión, en la soledad del que la sufre. Queremos que se nos contagie la alegría de otros, no su tristeza. También es improbable que una persona deprimida halle consuelo en pensar que su tormento no es algo único, que otros también están sufriendo. Al deprimido a veces le resulta difícil sentir amor o compasión por otros, pero el saber que hay mucho sufrimiento en el mundo sólo acentúa y da validez al sufrimiento propio.

No sabemos por qué unos se deprimen y otros no, pero sí sabemos que la depresión tiende a atacar a aquellos que tienen ciertas características en su personalidad, así como en el tipo de vida que llevan. Para empezar, hay factores genéticos, como siempre, aunque debemos aclarar enseguida que los genes no tienen por qué ser necesariamente la causa principal de la depresión. Digo esto porque la genética está muy de moda y esto ha creado una tendencia a suponer que todo aquello que nos define, desde nuestras enfermedades hasta el que seamos trabajadores o no, se debe a los genes. Y no es así, otros factores son tan importantes, o a veces más, que los genes. En la psiquiatría existe una clásica lucha dialéctica, y a veces irreconciliable, entre los que creen que somos como los genes dictaminan, y los que piensan que el entorno es más importante². Parece lógico tomar un enfoque ecléctico, es decir, aceptar las dos posturas como mutuamente complementarias, que seguramente es lo acertado. Lo que sí es verdad, de cualquier manera, es que los genes sí intervienen como un posible factor en el desarrollo de la depresión.

2. “*Nature versus nurture*”, en inglés.



Antes de explicar cómo se ha llegado a la conclusión de que los genes pueden ayudar a generar una depresión, tenemos que advertir al lector que hay tipos diferentes de depresión. Unas se llaman “endógenas” porque se supone que la melancolía en estos casos emana desde dentro, mientras que otras se llaman “reactivas”, cuando se piensa que el individuo se ha deprimido como consecuencia o reacción a una desgracia. La distinción entre una y otra es a veces un poco artificial y especulativa, por lo que esta clasificación no se usa mucho ahora. Salvo en casos extremos, nunca podemos estar seguros de si la razón de la depresión está sobre todo dentro o fuera de nosotros. Por ejemplo, es muy tentador el asumir que la causa de la depresión de una mujer que acaba de enviudar ha sido precisamente la pérdida de su marido. Pero quizá ella estaba ya deprimida antes de que él muriera repentinamente en un accidente de tráfico. Quizá su muerte incluso le alivió a esta mujer de sus sentimientos de depresión en cierta medida, porque él era un marido cruel y egoísta, del que no se podía divorciar por imperativos económicos... suena enrevesado, pero la realidad es siempre muy complicada.

Otras veces la depresión se define como bien “psicótica” o “no-psicótica” (o neurótica), según el enfermo tenga síntomas psicóticos, es decir, delirios y alucinaciones, o no. Si el enfermo sufre brotes regulares de depresión, también se clasifica ésta como “Unipolar”, cuando no tiene ataques de Manía (euforia anormal –lo contrario de la depresión-) entre las depresiones, o “Bipolar” (antes se llamaba Manía Depresiva), cuando sí los tiene. Volviendo al asunto de los genes, es probable que éstos tengan poco que ver con una depresión que haya ocurrido una sola vez; si se trata de una depresión recurrente “Unipolar”, los genes pueden estar involucrados en cierta medida, mientras que si la depresión es “Bipolar”,



los factores genéticos a veces son muy importantes. ¿Cómo se ha llegado a saber esto? La respuesta es: estudiando gemelos. Los gemelos idénticos se llaman así porque tienen exactamente la misma información genética en sus cromosomas. Cada uno de ellos es como un clono de su gemelo. Por ello, la razón de que uno tenga una enfermedad y el otro no la tenga sólo puede ser ambiental, y no genética. De esta manera, estudiando series de pares de gemelos idénticos, se puede establecer si una enfermedad dada, en este caso la depresión, tiene una carga genética importante o no.

Siguiendo con las posibles causas de la depresión, hay ciertas sustancias químicas en el cerebro que favorecen la comunicación entre las neuronas (las células del tejido nervioso), que se llaman “neurotransmisores”. Parece ser que la comunicación entre neuronas, mediada por estas sustancias, disminuye en la depresión, y que las pastillas antidepresivas la restauran y devuelven a sus niveles normales. Los neurotransmisores más importantes en la depresión se llaman *noradrenalina* y *serotonina*.

El objetivo de este libro es el familiarizar al lector “laico” con los rudimentos de la psiquiatría. Por una parte, resultaría deseable el exponer estos rudimentos en términos muy simples, para no espantar o aburrir al lector, pero por otra, el reducir la complejidad de la enfermedad mental a dimensiones puramente “mecánicas” tampoco parece buena idea. Muchos libros pretenden que la depresión es una mera cuestión de neurotransmisores, y según estos autores, todo lo que hay que hacer es estimular estas sustancias en el cerebro por medio de pastillas, y una vez logrado esto, el paciente se siente otra vez de perlas. En mi condición de psiquiatra que lucha con enfermedades depresivas todos los días, puedo decir con autoridad que las pastillas no siempre lo resuelven



todo. La eficacia de los antidepresivos es, desafortunadamente, limitada. Aproximadamente dos tercios de los pacientes deprimidos mejoran con pastillas, pero el resto no lo hacen. Una parte importante de los que sí responden también habrían mejorado con placebo (pastillas “de mentiras”: azúcar, por ejemplo), como han demostrado muchos estudios. De hecho, la depresión tiende a tener un curso limitado, es decir, al final casi siempre se pasa, a no ser que el enfermo acabe suicidándose, lo que, por desgracia, es una posibilidad que no debe olvidarse. Es por esto que en la antigüedad se pensaba que se podía curar la depresión con música: al paciente se le acababa pasando la tristeza, con o sin arpegios de guitarra, pero cuando al final ocurría, la mejoría clínica se atribuía a la música. Esto no quiere decir que haya que aguantar el suplicio de la melancolía hasta que se pase, o que no haya que tomar pastillas, que sí que ayudan, sino que simplemente no hay panaceas en la psiquiatría, o bien mirado, en casi ninguna otra cosa en la vida, como bien sabe el lector.

Si un enfoque puramente “mecánico”, o estrictamente biológico, no es suficiente para entender los orígenes de una depresión, nos hará entonces falta considerar posibles causas psicológicas o sociales. Todo el mundo sabe que el sufrir desgracias y adversidades, de las que está la vida llena, nos hace sufrir y a veces nos deprime. La soledad también nos deprime, y si la sufrimos de pequeños por haber perdido a nuestra madre, quizá nos predisponga a deprimirnos en la edad adulta.

Un factor que uno encuentra con muchísima frecuencia en la depresión es la experiencia de pérdida, de alguien o de algo. A veces la pérdida no es obvia. Puede incluso ser paradójica: por ejemplo, un ascenso en el trabajo puede suponer una pérdida de



calidad de vida y de tiempo libre. Otras veces la pérdida es tan dolorosa que el individuo no consigue aceptarla y se queda “atascado” psicológicamente, con un dolor interno que no se va. Freud pensaba que la melancolía y el duelo por la pérdida de algo querido tienen mucho en común, y no le faltaba razón. Según él, cuando perdemos el objeto de nuestro amor, no tenemos más remedio que recordarlo repetidamente, como si quisiéramos resucitarlo de esa manera. Cuando no conseguimos resucitarlo, miramos al mundo que nos rodea y lo vemos empobrecido y triste. En la melancolía, el objeto perdido (que el melancólico a veces no sabe lo que es) estaba interiorizado en el inconsciente, así que su ausencia supone una pérdida para el propio “ego”. El resultado es que cuando el melancólico se mira a sí mismo, lo que ve es un “ego” empobrecido, es decir, una persona vacía y triste. Me doy cuenta de que esto último es un poco complicado, pero lo incluyo aquí porque es parte de una teoría importante en la historia de la psicología, y porque viene al caso, pero no porque tenga una relevancia específica en la práctica psiquiátrica (que no la tiene).

Los libros de texto distinguen entre las reacciones de duelo normales y las anormales. Las normales tienen un límite de tiempo, que siempre es muy arbitrario, y no tienen síntomas psicóticos asociados. Experiencias como el “sentir su presencia”, o incluso tener pseudo-alucinaciones del que se ha ido, no muy bien formadas, no se consideran anormales.

Un electricista retirado de setenta y cinco años, que había perdido a su mujer hacía mucho tiempo, le dice a su médico de cabecera que su difunta mujer se le aparece todas las noches al lado de la cama. No le habla, sólo le mira y sonrío. Habían tenido un matrimonio muy feliz, y él todavía la echa de menos. Cada vez



que este señor intenta tocar el fantasma de su mujer, ella se esfuma. Su médico de cabecera piensa que se trata de una reacción de duelo mal resuelta, pero un escáner del cerebro del electricista, así como períodos de confusión aguda, demuestran que este pobre hombre está sufriendo un proceso de demencia. La diferencia entre esta presentación y una reacción de duelo es que esta última no empezaría años después de la muerte del ser querido, y además las alucinaciones no serían tan complejas como lo eran en este caso.

Un concepto interesante relacionado con el por qué nos deprimimos es el de la “impotencia aprendida”. Este concepto nació como resultado de una serie de experimentos con perros, llevados a cabo por un psicólogo llamado Seligman en los años sesenta. En estos experimentos, que a mí, la verdad, me parecen muy desagradables, se maltrataba a un perro con descargas eléctricas, asociadas con un sonido específico, que el perro no podía hacer nada para evitar o escapar, y cuando el pobre animal se daba cuenta de esto, entraba en un estado de sumisión y aparente angustia. Más tarde en el experimento, se ponía al mismo perro en un sitio de donde sí podía escapar al oír el mismo sonido de antes (que ya había asociado con la descarga eléctrica). Pero el perro no se escapaba; estaba deprimido. Había *aprendido* en la fase anterior que el intentar evitar el dolor no servía de nada. Se dice que la misma reacción psicológica se ve a veces en las cárceles opresivas y en los campos de prisioneros de guerra, donde hay muy poco que uno pueda hacer para evitar el sufrimiento. Yo creo que esto también se da mucho en los hospitales, donde al enfermo, que ya estaba sufriendo antes del ingreso, se le somete a todo tipo de intervenciones desagradables sobre las que no tiene control, y a veces ni siquiera se le dice por cuánto más tiempo va a durar la tortura. El factor central en la “impotencia aprendida” es que el individuo que se



encuentra en esta situación psicológica no tiene ningún control sobre el sufrimiento que se le está infligiendo, y acaba *aprendiendo* que no puede hacer nada para mejorar su vida, incluso cuando las circunstancias más tarde sí le permiten intentarlo.

La personalidad es algo que nos puede hacer susceptibles a la depresión. Una persona que siempre está preocupada por algo, con una visión de la vida y de sí misma predominantemente negativa, o con tendencias obsesivas, o de rigidez en el carácter, es más probable que se deprima que alguien con los rasgos opuestos. En general, la mejor receta para la felicidad es, precisamente, el ser feliz. Lo que quiero decir con esto es que el que tiene una visión optimista de la vida y una actitud relajada y flexible es una persona feliz, lo que ayuda a que ese optimismo se justifique a sí mismo, en una especie de círculo vicioso de alegría de vivir. Desafortunadamente, la vida nos pone muchas exigencias difíciles de satisfacer, y nos impone desgracias difíciles de aceptar, así que son pocos los que consiguen mantener una actitud positiva durante los desafíos vitales.

Lo que sí es evitable es la infelicidad *relativa*, es decir, la que resulta de compararnos con otros. Cada cierto tiempo se hacen encuestas para medir los niveles de felicidad en la población. Los resultados son sorprendentemente estables a lo largo del tiempo y entre diferentes países³. Estas encuestas también demuestran que, en general, la gente es más feliz con dinero que sin él⁴, aunque hoy

3. Aunque a veces diferentes grupos étnicos en el mismo país tienen niveles de felicidad diferentes: un estudio epidemiológico ha demostrado que la tasa de suicidio entre los Rusos de Estonia es más alta que entre los Estonos, lo contrario de lo que ocurría durante la época soviética, lo que sugiere que el grado de privilegio social relativo es un factor decisivo en la epidemiología del suicidio.

4. A pesar de que, en el cuento popular, “el hombre feliz no tenía camisa”...



en día no seamos más felices que lo fueron nuestros padres, a pesar de que los niveles de prosperidad hayan aumentado muchísimo en los últimos decenios. Parece ser que lo que nos importa no es tanto nuestro propio bienestar absoluto, sino el tener más bienestar que nuestro vecino. Es nuestra manera de juzgar si hemos tenido éxito en la vida o no. El BMW en sí no nos hace particularmente felices, pero ser el único en el vecindario con un BMW sí, por ponerlo de una manera muy cruda.

Pero nos hemos desviado un poco del tema central de este capítulo. La infelicidad y la depresión no son lo mismo, aunque tengan bastante en común, y aunque una produzca la otra, y viceversa. La felicidad, y por extensión la infelicidad, son estados espirituales, o quizá existenciales, mientras que la depresión es un estado emocional. Y sin embargo, cuanto más mira uno a las posibles causas de la depresión, más encuentra uno cosas que tienen que ver con la infelicidad. No cabe duda, por ejemplo, de que el aislamiento social hace que una persona sea mucho más vulnerable a la depresión, lo que es de preocupar en estos tiempos de fragmentación social. No sólo ha desaparecido la familia extendida de tres generaciones viviendo en la misma casa, sino que la familia nuclear tampoco está muy saludable, y hay cada vez más individuos que viven solos en sus "micropisos", muchos porque son felices así, algunos porque no tienen más remedio. El estar casado parece tener un efecto protector, aunque esto se puede convertir en un factor de riesgo si la relación entre los cónyuges es mala.

Una mala relación con la pareja, la necesidad de cuidar de varios niños pequeños, el estar en paro, o como decíamos antes, una pérdida reciente, nos pueden deprimir. Las mujeres se deprimen con mucha más frecuencia que los hombres (posiblemente el



doble), aunque esto puede ser debido a que a las mujeres quizá les cueste menos decirle al médico que están deprimidas. Los marginados y desposeídos, los ancianos, y cada vez más los muy jóvenes, que no encuentran su papel en una sociedad muy exigente y competitiva, corren más riesgo de deprimirse. Lo que no está nada claro es que la vida moderna *per se* nos deprima más de lo que la vida pre-industrial nos habría deprimido, con su pobreza muy extendida y sus reglas sociales muy rígidas. Beard pensaba que el “nerviosismo” de los americanos era el resultado de la máquina de vapor y de la progresiva emancipación de la mujer, pero hoy en día seguimos muy nerviosos, a pesar de que estas cosas ya no nos preocupan.

El deprimido se siente muy triste la mayor parte del tiempo, pero sobre todo a la mañana. Tiene poco apetito (pero puede tener demasiado) y se despierta muy temprano, no pudiendo volverse a dormir. La tristeza del deprimido es autónoma, es decir, permanece incluso cuando las circunstancias del entorno mejoran (recuérdese la idea de la “impotencia aprendida”). Lo que mejor define la depresión sin embargo, y lo que mejor la diferencia de la infelicidad sin depresión, es la *anhedonia*, que es la incapacidad de disfrutar actividades o situaciones agradables. El deprimido aficionado a la música ya no puede gozar de un concierto; a la deprimida que seguía con pasión lo que pasaba en una serie de televisión, ya no le importa lo que les pase a los personajes. Shakespeare describe este estado de ánimo muy bien cuando Hamlet, claramente deprimido, exclama que los hábitos del mundo le parecen “enojosos, rancios, inútiles e inertes”. La tristeza del deprimido lo envuelve y empapa todo, y no parece que vaya a tener fin. El deprimido no se puede concentrar y no puede tomar decisiones, se desprecia a sí mismo, cree que está arruinado cuando no lo está, cree que se está



muriendo cuando su salud física es normal, y se siente cansado todo el rato.

A veces el deprimido habla y se mueve de manera lenta⁵, pero otras veces está agitado y no para de hablar y de moverse. Cuando la depresión es muy seria, el enfermo puede entrar en un estado de “estupor”, en el que permanece inmóvil y mudo, como si estuviera abrumado por su depresión. También puede tener síntomas de psicosis, que en la depresión pueden incluir voces insultantes, que le recuerdan al paciente todas las cosas que él cree que ha hecho mal en su vida, y por las que va a ser castigado (o que él cree que ha hecho mal), así como delirios de pobreza, o incluso delirios “nihilistas”, que quiere decir que el paciente llega a creer que está literalmente vacío por dentro, que no existe, o que el mundo a su alrededor no existe. A veces, trágicamente, el deprimido no puede soportar su sufrimiento, y se suicida.

Tradicionalmente, las personas mayores se suicidaban con más frecuencia que los más jóvenes, pero últimamente los chicos jóvenes no sólo se deprimen más que antes, sino que también se suicidan más que antes. Muchos no-iniciados en la psiquiatría –así como un número sorprendente de iniciados– piensan que los que hablan a menudo de matarse no lo hacen, y que son sólo los que nunca se quejan los que al final se matan. Lo que ocurre en realidad es exactamente lo contrario: casi todas las personas que se acaban suicidando habían dicho a su médico de cabecera, o a sus más allegados, que no podían aguantar más, y que estaban pensando en tomar una sobredosis, o tirarse a las vías del metro. Y entre aquellos que toman una sobredosis que no resulta fatal, quizá como una

5. Lo que se llama retardo psicomotor.



manera de pedir ayuda, el riesgo de que tomen otra sobredosis más tarde es muchísimo más alto que en la población general. Lo malo es que hay mucha gente que dice de manera más o menos coloquial y despreocupada que un día se van a matar, y que muchos juegan con la fantasía de matarse, como manera de aplacar su sentimientos de infelicidad; se cree que cerca del 10% de la población alberga pensamientos de suicidio a lo largo de un año. Los que han intentado previamente acabar con su vida de una manera bien planeada, habiendo dejado una nota, y que quizá incluso tomaron precauciones para que no se les descubriera, son los que tienen más peligro de volver a intentarlo, quizá esta vez con éxito.

Como pasa con la depresión, el haber sufrido una pérdida reciente, o el estar aislado, soltero o divorciado, enfermo, o desempleado, aumentan el riesgo de suicidio, aunque el factor de riesgo más importante, con mucha diferencia, es el que la persona en cuestión haya intentado suicidarse previamente. No sólo son los deprimidos los que a veces se suicidan; los pacientes psiquiátricos con otros diagnósticos, como la esquizofrenia o el alcoholismo, pueden sufrir un final igualmente trágico. Muchas personas que se suicidan tenían personalidades anormales, con frecuencia del tipo “antisocial” (véase el capítulo 6) con, o a veces sin, una enfermedad mental añadida.

En el siglo XIX vivió una figura romántica famosa que nos va a servir como ilustración del sufrimiento que conlleva la depresión. Me refiero a Robert Schumann, el famoso compositor y pianista. Pocos hombres de ese siglo caracterizaron de manera tan fiel el espíritu romántico como lo hizo Schumann. Su vida tuvo todos los ingredientes estereotípicos de la biografía de un artista genial: amor, pasión, y una muerte solitaria. Nació Schumann en una



familia obsesionada por el arte y marcada por la tragedia, de padre hipocondríaco y madre depresiva (¿posible herencia genética?). Cuando tenía tan solo dieciséis años, su padre murió y su hermana se suicidó. Estas pérdidas tempranas parecen haber dañado la capacidad del músico de superar psicológicamente la muerte de otras personas queridas: la pérdida de Mendelssohn le produjo una grave reacción depresiva. Ya en sus tiempos de estudiante de derecho comenzó a exhibir los rasgos de personalidad que le caracterizarían más tarde como un individuo impresionable, enamorado, introspectivo, y con frecuentes cambios en su estado de ánimo; en definitiva, el típico soñador. Sin embargo, su inestabilidad psicológica fue más allá de lo anecdótico, como lo ilustra el hecho de que a los veintitrés años intentara tirarse por la ventana de un quinto piso. También sufría Schumann, desde una edad relativamente temprana, frecuentes ataques de pánico y angustia.

Su gran ambición era la de llegar a ser un pianista virtuoso, pero la grave lesión en uno de los dedos de su mano derecha (quizá auto-inflingida) y su “miedo escénico” lo impidieron. Se ganaba su sueldo trabajando como Maestro de Capilla, puesto que ejecutó en Dresden y Düsseldorf, pero que nunca disfrutó. Estos empleos tampoco le dieron gran estabilidad económica o reconocimiento profesional, en parte porque no era en este tipo de actividad donde residían sus más marcadas dotes. Como buen genio romántico, no estaba hecho para el mundo real. Resulta sorprendente y admirable sin embargo que él y Clara Wieck lograran criar nada menos que seis hijos; en el caso de Schumann, la pasión procreativa se sumó a la creativa. Mucho se ha hablado de tensiones y celos en la relación entre Robert Schumann y su mujer; se dice que él tenía envidia del éxito profesional de ella, y también se ha comentado que Clara prácticamente abandonó a su marido en sus últimos años de sufri-



miento. El historiador Roy Porter dice que Schumann pudo además haber notado la atracción mutua existente entre su mujer y Brahms, que era amigo de la pareja.

En 1854 Schumann sufrió un empeoramiento severo de su estado psicológico. Tenía alucinaciones muy complejas, algunas de ellas musicales, y otras con voces de demonios y otros horrores similares. Este episodio culminó en un nuevo intento suicida cuando Schumann, presa de su desesperación, se lanzó al Rin. Fue rescatado, y él mismo insistió en ser internado en un asilo psiquiátrico. Nunca salió. Durante los dos últimos años de su vida, Schumann experimentó una soledad casi total en el manicomio de Eendenich, sólo aliviada en ocasiones muy contadas por amigos como Brahms. Clara no le visitaba. Schumann murió en 1856, solo y olvidado, aunque parece ser que bastante lúcido.

Es probable que Schumann tuviera un trastorno afectivo⁶ bipolar, o quizá unipolar⁷. No cabe duda que estuvo muy deprimido –una depresión melancólica y ocasionalmente psicótica, es decir, severa– y que sufrió terriblemente. Llegó a intentar suicidarse dos veces, lo que nos da una idea de su tormento psicológico, pero también hay que recordar que el movimiento Romántico inspiraba un sentido trágico de la existencia, que sin duda dio forma a su enfermedad. La vida, el amor, y la muerte, como en las “tres heridas” de Miguel Hernández, integraban esta tragedia. Pero la

6. La palabra “afectivo” quiere decir que este es un trastorno del estado de ánimo, como la depresión o la manía (véase el capítulo siguiente), o en el caso del trastorno bipolar, ambas.

7. Como decíamos antes, en el trastorno afectivo bipolar, hay fases de depresión y también de manía, mientras que en el unipolar sólo hay fases de depresión, sin períodos de manía.



tortura psicológica no es buena para nadie, ni siquiera para un creador enardecido; Schumann compuso más y mejor cuando fue feliz. Parece improbable por lo tanto que él creyera que la agonía espiritual fuera la compañera inevitable del fervor artístico. Siglo y medio más tarde, quizá ya no nos haga falta una etiqueta diagnóstica para Schumann⁸. Baste decir que fue un loco romántico.

En aquellos tiempos había muy poco que se pudiera hacer para aliviar el sufrimiento de la depresión clínica, y por eso Schumann tuvo que pasar el resto de su días en un manicomio. Hoy en día sin embargo sí tenemos tratamientos para la depresión, algunos muy efectivos. Ya hemos hablado un poco de los antidepresivos, que ahora son mucho menos tóxicos de lo que eran antes, y que muchos enfermos encuentran muy útiles. Los antidepresivos no sólo “curan” el episodio depresivo, sino que también pueden ayudar a mantener bien al enfermo, después de su mejora. También usamos la Terapia Electro-Convulsiva (TEC), que sigue siendo terriblemente eficaz en la depresión. De hecho, cuanto más severa es la depresión, más probable es que la Terapia Electro-Convulsiva sea efectiva. La otra estrategia terapéutica importante que se usa en la depresión es la psicoterapia, de la que existen varias escuelas diferentes, aunque algunos estudios han demostrado que el tipo de psicoterapia es menos importante, a la hora de curar la depresión, que la personalidad y las habilidades del que la imparte. A veces, las intervenciones sociales son las únicas que mejoran la depresión, sobre todo en casos de enfermos que están muy aislados y soli-

8. J.A. Vallejo-Nájera revisó todos los diagnósticos que se le han atribuido a Schumann en sus “Locos Egregios” (Planeta, Barcelona, 1992). Es posible también que Schumann tuviera neuro-sífilis, o incluso esquizofrenia, pero en cualquier caso, no cabe duda de que estuvo muy deprimido, con o sin otros diagnósticos añadidos.



tarios. Lo mejor sin embargo es combinar todos estos enfoques y diseñar un plan de tratamiento que incluya pastillas (y en algunos casos severos quizá TEC), psicoterapia, y apoyo social.

A Hamlet, en su depresión, los hábitos de este mundo le parecían enojosos y rancios. Su historia ficticia acabó en tragedia, y la de Schumann no mucho mejor, pero muchos otros deprimidos, quizá con la ayuda de un psiquiatra comprensivo, consiguen cambiar su visión del mundo, que empieza así a parecer menos rancio, y menos enojoso.



4

LA DESTRUCTIVA MANÍA

La manía es el polo opuesto de la depresión. El enfermo maníaco se siente exultante, expansivo, terriblemente seguro de sí mismo. El día no tiene suficientes horas para llevar a cabo todos los planes que ha ideado, o para enamorar a todas las personas que él cree que necesitan ser presas de sus encantos. Quizá también crea que puede solucionar el problema del Oriente Medio, por lo que deberá ponerse en contacto con el presidente americano, y con los líderes de Israel y Palestina. Si el operador del servicio de información telefónica le dice que no conseguirá conectar con George Bush directamente, y que el líder palestino va a ser incluso más difícil de contactar, el maníaco se enfurecerá, incrédulo de que el mundo quiera desperdiciar sus iniciativas, cuando además tiene tantísimas otras cosas que hacer.

A veces uno se pregunta si de verdad hay que tratar la manía. Después de todo, el paciente parece feliz, seguramente mucho más feliz que el psiquiatra. Un observador imparcial podría pensar que el psiquiatra es un aguafiestas envidioso, que se empeña en medi-



car esa aparente “felicidad”, que él no puede compartir. Comentábamos en el capítulo anterior que la infelicidad y la depresión son conceptos diferentes, pero que tienen mucho en común. Pues bien, la manía y la felicidad tienen *muy poco* en común. De hecho, los episodios de manía¹ son con frecuencia desencadenados por un suceso negativo, o una pérdida, como pasa con la depresión. Este fenómeno de confrontar la adversidad con euforia, aunque en un contexto diferente, recuerda a lo que Melanie Klein, la célebre psicoanalista austriaca, llamó la “defensa maníaca”.

El maníaco está eufórico, pero no feliz. Se siente frustrado y no entendido por el mundo. Está muy irritable y explosivo. Se enreda en discusiones y peleas, a veces con extraños, pero sobre todo con los más allegados. Y no puede dormir. Al principio no quiere dormir (tiene tantas cosas que hacer...), pero a medida que pasa el tiempo, el peso de su manía resulta cada vez más difícil de llevar, y el enfermo se acaba agotando, lo que a su vez empeora su irritabilidad.

Algo que con mucha frecuencia ilustra el sufrimiento del enfermo con manía es el hecho de que esta persona que tiene prisa para hablar con Bush – porque le quiere proponer un plan político para alcanzar la paz mundial –, o que va a descubrir la cura del cáncer en las próximas horas, o que se ha dado cuenta de repente de que su destino es hacerse estrella del cine en Hollywood – por lo que tiene que volar a Los Angeles urgentemente –, esta misma persona, digo, es probable que acepte que se le ingrese en el hospital y que se le dé tratamiento de manera voluntaria. La razón es que el pobre maníaco está sufriendo y se da cuenta de que necesita descansar.

1. O de “hipomanía”, que es lo mismo que la manía, pero con una intensidad menor.



Su cerebro no para de trabajar, no puede dormir, y se está metiendo en líos continuamente.

Como en la depresión, el cuadro clínico puede incluir síntomas psicóticos, pero en el caso de la manía, la psicosis, cuando ocurre, es también expansiva, y los delirios tienen un contenido grandioso. El deprimido psicótico piensa que está arruinado cuando en realidad tiene dinero, o que se está muriendo cuando su salud es buena, mientras que el maníaco psicótico quizá piense, por ejemplo, que tiene una fortaleza física sobrehumana, –porque es uno de los *X-Men*–, o que sus reservas de dinero son inagotables –porque cree que es pariente de Bill Gates, y que va a heredar su fortuna–. En psicopatología, se dice que el contenido de estos delirios es “congruente” con el estado de ánimo del enfermo.

Hay dos dificultades que emergen con mucha frecuencia en la manía, y que crean tremendos problemas, por razones diferentes: la desinhibición sexual y la desinhibición financiera (el gastar mucho más dinero del que se tiene). Por ejemplo, una mujer de recursos modestos, que se compra coches cuando entra en uno de estos períodos de euforia –varios coches en cada período–, acaba con una deuda altísima con una compañía de préstamos, que al final amenaza con expropiarle su casa. Debe ser difícil contenerse cuando uno piensa que es una persona de enorme influencia y significado social. En este caso, una persona de enorme influencia a quien le gustan mucho los coches.

Los problemas asociados con la desinhibición sexual son obvios. No hay matrimonio o relación que aguante este tipo de estrés. Con frecuencia, los dos problemas – las desinhibiciones sexual y financiera– se combinan, con resultados desastrosos. Por ejemplo, un hombre casado, de edad avanzada, con manía o hipo-



manía, que en su estado mental se cree irresistible, invita a un par de chicas a ir de crucero con él. Las chicas, quizá profesionales o semi-profesionales del sexo, observan cómo gasta dinero con ellas, y se dan cuenta de que le pueden explotar. En muy poco tiempo, este hombre se queda sin familia, que avergonzados reniegan de él, y sin dinero. Y lo más triste es que esta persona quizá tenga una manera de comportarse y unos valores muy diferentes cuando no está enferma; puede ser un individuo conocido y respetado en su comunidad, incluso alguien en una posición de autoridad, pero tendrá que vivir con el recuerdo de haber perdido sus ahorros y su familia, y de haber hecho el ridículo con un par de prostitutas, que él creía haber conquistado.

Ya hemos explicado que la manía puede ser parte de un trastorno afectivo bipolar, en el que se intercala con episodios de depresión. De hecho, es muy improbable que un individuo sólo tenga etapas de manía, sin sufrir nunca depresiones. A veces, los dos estados de ánimo parecen coexistir en la misma persona y al mismo tiempo. Esto se llama “estado de ánimo mixto”, o “humor mixto” y se da con mucha más frecuencia en las personas mayores. En el humor mixto, el paciente puede parecer, por ejemplo, expansivo y locuaz, como en la manía normal, pero estar a la vez angustiado y triste. Mi opinión personal es que esto pasa en cierta medida en toda las manías, pero que sólo le ponemos la etiqueta del humor mixto cuando la tristeza y la euforia parecen estar mezclados en el mismo paciente en cantidades tan similares que el psiquiatra no consigue decidir si es una cosa o la otra.

Hay otros síntomas de la manía que suelen formar parte de este síndrome². Por ejemplo, la persona con manía se distrae con mucha

2. Un “síndrome” es un grupo de síntomas.



facilidad, habla rápido, y piensa incluso más rápido. A veces, piensa tan rápido, y sobre tantas cosas distintas, que le resulta difícil poner sus pensamientos en palabras, produciendo lo que se llama “fuga de ideas”; es decir, que se le va el santo al cielo cada dos por tres, porque le vienen cosas a la cabeza sin parar, y le parece que todo es interesantísimo, y que su interlocutor también va a pensar que todo lo que está oyendo es apasionante, por supuesto.

El rey Ludwig II de Baviera probablemente tuvo un trastorno afectivo bipolar con períodos de depresión, durante los cuales se recluía en uno de sus castillos, y fases de excitación efusiva y apasionada. Ludwig reinó en Baviera entre los años 1864 y su muerte en 1886, en la época en la que Austria estaba perdiendo su hegemonía en el imperio alemán, que al final pasó a las manos de Prusia. Ludwig provenía de una familia con graves problema psiquiátricos. Se dice que su abuelo era patológicamente tímido, que su abuela, la Condesa Hessen-Hamburg, no se iba a la cama hasta la mañana y que forzaba a toda su corte a seguir ese horario, que su tía la Princesa Alexandra mantenía que tenía un piano de cristal dentro de ella, y sobre todo, que su hermano Otto estaba completamente trastornado, necesitando que se le internara en uno de los castillos de la familia. Ya apuntábamos en el capítulo anterior que el componente genético en el trastorno bipolar es más importante que el de otros desórdenes psiquiátricos, lo que explica que en algunas familias, como en la de Ludwig II, se hallen varios miembros con problemas de depresión y manía, lo que antes se llamaba manía depresiva y ahora llamamos trastorno afectivo bipolar.

A Ludwig II se le recuerda por tres cosas: su locura, su mecenaje de la música de Wagner, y su afición a construirse castillos muy románticos y espléndidos, entre los que destaca Neuschwanstein,



que sirvió de inspiración a Walt Disney en varias de sus películas. Fue Ludwig un carácter más bien irresponsable, mucho más interesado en sus sueños románticos que en los asuntos de estado, a pesar de que durante su reinado Baviera estuviera en guerra contra Austria y más tarde contra Francia. Se comprometió a casarse con una pariente suya, la hermana de la Emperatriz de Austria, para después echarse atrás, seguramente porque su homosexualidad se lo ponía demasiado cuesta arriba. Era indeciso, temperamental, caprichoso, y su estado de ánimo cambiaba de manera dramática e impredecible. A pesar de todo esto, su reinado le dejó a Baviera algunas de sus atracciones turísticas más importantes –como el castillo de Neuschwanstein–, y al mundo su tutelaje de Wagner.

Ludwig gastó todo el dinero que tenía y más en sus castillos, incurriendo en deudas enormes. La construcción del último de sus castillos, el de Herrenchiemsee, se tuvo que interrumpir, cuando por fin se quedó sin dinero, suyo o prestado. La autora Vivien Green dice que Ludwig tuvo otro sueño que nunca se realizó: el de encontrar un paraíso terrenal en algún enclave mágico que fuera todavía desconocido. Para este propósito, mandó emisarios a sitios que entonces era muy exóticos, como Tenerife por ejemplo, pero nunca encontró el paraíso que tanto ansiaba. A veces se pasaba toda la noche montando a caballo, y como su abuela, la Condesa Hessen-Hamburg, acabó viviendo de noche y durmiendo de día.

El rey estaba cada vez más trastornado e impredecible, y empezaba ya a hablar de la posibilidad de suicidio. Su gobierno decidió internarlo y nombrar a un regente. En junio de 1886, el rey y su psiquiatra fueron a dar un paseo por el lago Starnberg. Unas horas más tarde, se encontraron los dos cuerpos sin vida a la orilla del lago, aparentemente ahogados. No se sabe lo que pasó, pero parece



probable que el estado mental alterado del rey estuviera relacionado con su propia muerte y con la de su psiquiatra. Un final apropiadamente trágico para Ludwig, aunque su psiquiatra seguramente habría escogido uno diferente, de haber podido elegir.

La manía se trata con tranquilizantes antipsicóticos, los mismos que se usan en la esquizofrenia, o con sales de litio. El pronóstico a corto plazo suele ser muy bueno si el paciente se deja tratar, pero una vez solucionado el episodio agudo de manía, se encuentra uno con el problema de cómo tratar de evitar que el problema recurra otra vez, o que el paciente entre en un período de depresión. La manía es, después de todo, uno de los “polos” del trastorno bipolar, que es una enfermedad que se caracteriza por su tendencia a reaparecer cada cierto tiempo, aunque no necesariamente de manera regular. Para evitar las recaídas de depresión o manía en el trastorno bipolar se usan las ya mencionadas sales de litio, con las que hay que tener cuidado porque pueden ser muy tóxicas, pero que son muy efectivas, o si no, medicaciones anti-epilépticas, que también tienen propiedades reguladoras del estado de ánimo. En general, no suele ser muy buena idea el medicar al paciente bipolar de manera preventiva, cuando éste está bien, con antidepresivos o con tranquilizantes antipsicóticos, porque el antidepresivo puede desencadenar una manía, y el tranquilizante puede desencadenar una depresión.

Las sales de litio seguramente habrían ayudado al pobre rey de Baviera a aliviar su tormento, y a su país a tener más dinero en sus arcas, aunque también menos castillos.



5

LA ESQUIZOFRENIA

Una mujer creía estar embarazada de varios meses, y mantenía que el padre del niño era el ministro de transporte. Esta mujer tenía setenta y cinco años, y había sostenido la creencia de su embarazo perpetuo durante muchísimos años, y muchos ministros de transporte diferentes. Tenía esquizofrenia. Ésta es quizá la enfermedad mental que ha fomentado el mayor número de mitos populares, por estar íntimamente relacionada con la idea que tenemos de la locura.

Si uno tuviera que elegir la creencia que mejor distinga al que sabe de psiquiatría del que no sabe de psiquiatría, yo optaría por el mito de que la esquizofrenia consiste en tener doble personalidad. Bueno, también el mito de que todos “los locos son peligrosos” es falso y muy extendido, pero no nos concierne en este capítulo. La doble personalidad, de existir, no tiene nada que ver con la esquizofrenia. Bien es verdad que el significado literal de la palabra esquizofrenia es “mente dividida”, pero esto se refiere a lo que Bleuler, que fue quien inventó la palabra en 1911, describió como



la división o escisión de las funciones mentales que uno ve en la esquizofrenia. Hasta entonces, y desde el siglo XIX, la esquizofrenia se había llamado en latín “*Dementia Praecox*”¹, y antes de esto no se había llamado nada, sino locura a secas. Según Bleuler, la escisión de las funciones mentales se expresa en el hecho de que el esquizofrénico no puede “asociar” conceptos de manera lógica, así como otros puntos psicopatológicos un poco complicados en los que no hace falta que entremos. Pero lo que está claro es que Bleuler no estaba pensando en personalidades dobles, que de cualquier manera es algo que sólo existe en el cine².

La esquizofrenia es una “psicosis”, que quiere decir que el individuo que la sufre está divorciado de la realidad. El esquizofrénico tiene delirios, que son creencias falsas e inamovibles, y alucinaciones, que son percepciones sensoriales sin estímulo externo, o sea, oye voces cuando nadie está hablando.

Los delirios en la esquizofrenia suelen ser de “persecución”, y con frecuencia muy grandiosos. El paciente está convencido de que otras personas o entidades le quieren humillar, hacer daño, o matar; la causa de que le persigan es la importancia mesiánica de su persona, su significado universal. Hablan de entes que o bien son secretos, como los centros de inteligencia gubernamental, o los Masones, o que tienen una proyección no terrenal y por lo tanto misteriosa, como la Iglesia, o su polo opuesto, el diablo. La CIA le sigue al enfermo por la calle, los empleados de la oficina de desempleo son demonios disfrazados, un coche negro aparcado fuera de su casa pertenece al Primer Ministro, que le manda impulsos

1. “*Praecox*”, o precoz, porque normalmente empieza en la juventud, a diferencia de otras “demencias”.

2. Véase el capítulo 10.



eléctricos con sus planes de gobierno en código, para que él después los procese inconscientemente y se los devuelva mejorados, también en código telepático. Y cosas mucho más raras.

La ciencia-ficción figura mucho en los delirios esquizofrénicos, pero la modalidad varía dependiendo de lo que esté de moda en un momento dado. Los OVNIS y extraterrestres se habían olvidado durante los años ochenta, pero volvieron con la serie de televisión "Expediente X". El "virus del milenio", que iba a afectar a los ordenadores el 1 de Enero del año 2000, creando un caos universal (por cierto, no pasó nada), también preocupó a más de un pobre paciente psicótico.

Las fronteras de lo que constituye una creencia falsa, o por lo menos una creencia patológicamente falsa, no están bien definidas, sobre todo en situaciones en las que los interlocutores pertenecen a culturas diferentes. Se podría decir que un individuo procedente de Haití, que piensa que ha sido víctima del vudú, y que esto le ha dado piedras en el riñón, tiene una creencia que es congruente con su ámbito cultural. Sin embargo, también hay que recordar que si esta persona desarrolla una enfermedad psicótica, es muy probable que incluya en su psicosis el tipo de creencias que forman parte de su cultura. Digo esto porque creo que es muy peligroso el aplicar una perspectiva de "relativismo cultural" en la psiquiatría, por lo menos de manera sistemática. El resultado de esto sería el asumir automáticamente que un extranjero raro es raro porque es extranjero³, lo que muchas veces no es verdad.

3. Aunque parezca un poco rebuscado, y casi para provocar, yo diría que es al contrario: que hay quien *es extranjero porque es raro*. Me refiero a que las personas con problemas mentales tienen tendencia a emigrar, aunque la mayor parte de los que emigran no tengan problemas mentales.



Otras creencias falsas e inamovibles, como la de la señora que está convencida de que su hija le odia, a pesar de que su hija le asegura que la adora (quizá no por mucho más tiempo), o la del socio del club de fútbol de tercera división que piensa que su equipo es mejor que el Real Madrid, no son necesariamente creencias delirantes. Hay otras creencias que sí son delirantes, pero que no molestan ni al sujeto que las tiene, ni a nadie más, como sería el caso de la anciana con demencia que piensa que no está en una residencia, sino en un crucero que ha ganado como premio en un concurso de belleza.

Las “voces” en la esquizofrenia suelen ser en tercera persona, porque hablan *acerca del* sujeto, más que *al* sujeto. Puede haber una o varias voces, que a veces hablan ente ellas. Suelen decir cosas desagradables y peyorativas, y con frecuencia son amenazantes. Hay ciertos temas que uno encuentra de manera periódica en el contenido de las voces psicóticas, como por ejemplo la voz que comenta que el enfermo es homosexual, y que todo el mundo lo sabe⁴. En algunos casos, las voces le ordenan al enfermo que haga cosas específicas. Esto puede ser muy peligroso, porque las voces pueden pedirle al que las oye que se tire por la ventana, o que mate de un cuchillazo al extraño que tiene a su izquierda en la parada de metro. El esquizofrénico a veces oye sus propios pensamientos en alto, como si los estuviera hablando.

Un factor común en muchos de los síntomas de la esquizofrenia es el hecho de que se podrían representar como un emborronamiento o difuminación de la frontera entre el “yo” y el mundo exterior: por ejemplo, las voces de la esquizofrenia en realidad emanan del cerebro del enfermo, pero él cree que vienen de fuera,

4. Esto no es peyorativo en sí, pero el sujeto suele pensar que sí lo es.



y también cree que el mundo exterior le está influyendo y afectando por medios mágicos, y que él a su vez también puede influir al mundo por medio de mecanismos igualmente extraordinarios. Siente que alguien o algo le está metiendo pensamientos en la cabeza (literalmente), o quizá lo contrario, sacándole los pensamientos de la cabeza. Pero también puede creer que sus pensamientos son transmitidos universalmente, o que el mundo en general tiene un interés especial en él, para bien y para mal.

Otro problema muy importante que tienen estos enfermos es que el mundo no tiene sentido para ellos, mientras que lo que ellos dicen no tiene sentido para el mundo. Esto se debe a que a la persona con esquizofrenia le resulta difícil el “asociar” conceptos. Los que no tenemos esta enfermedad somos capaces de mantener una conversación sobre cómo hemos viajado al trabajo esta mañana, porque asociamos este tema correctamente con los elementos que lo componen: tren, coche, tiempo, atasco, etc. A la persona con esquizofrenia le cuesta separar los componentes esenciales del tema de conversación de los marginales, que normalmente no entrarían en la conversación, así que la asociación entre *tren* y *luz* (porque hay luces en los trenes) le parece tan relevante como la asociación entre *tren* y *viaje*. El resultado podría ser algo así:

Médico: *Perdone que le haya hecho esperar; el tren se ha retrasado esta mañana.*

Paciente: *Mientras haya luz, no importa.*

En casos extremos, el paciente habla en una “ensalada de palabras”, llamada así porque cada palabra parece completamente divorciada de la siguiente.



El discurso del enfermo no sólo está dañado por su falta de lógica y cohesión, sino que su contenido puede ser también escaso y pobre. En los casos en los que se encuentra un pensamiento desordenado en su forma, y pobre en su contenido, también se suele encontrar otros síntomas “negativos”, como el aplanamiento de la voluntad y del estado de ánimo⁵.

Todo el mundo ha oído hablar de la esquizofrenia catatónica. En este tipo, los síntomas motores (o sea, relacionados con el movimiento, o la falta de él, como suele ser el caso) son los más prominentes. El síntoma catatónico más llamativo es la “flexibilidad cérea”, en la que si uno le mueve los brazos y piernas al enfermo, éste se queda en esa postura, como si fuera un muñeco de cera. Nadie sabe por qué, pero parece ser que este tipo de esquizofrenia está desapareciendo poco a poco, por lo menos en el mundo avanzado. Yo no he visto un solo caso de esquizofrenia catatónica en muchísimo tiempo.

De hecho, la esquizofrenia en general parece estar disminuyendo en su incidencia en las últimas décadas, quizá porque los psiquiatras usamos ahora más otras etiquetas diagnósticas, para no “condenar” al paciente al estigma de esta enfermedad, o quizá porque las mujeres embarazadas hoy en día están menos expuestas a infecciones virales que puedan afectar al cerebro inmaduro del feto, como el virus de la polio, por ejemplo. Se cree que este tipo de infección intrauterina puede dañar a veces el desarrollo del cerebro, y ayudar así a producir un cuadro esquizofrénico en la edad adulta.

5. Este sub-tipo de esquizofrenia se llama “Tipo II”, y no responde bien al tratamiento, mientras que el “Tipo I” se caracteriza por síntomas “positivos”, como los delirios y alucinaciones marcadas, pero sin desorden del pensamiento y sin aplanamiento de la voluntad y del estado de ánimo. La esquizofrenia Tipo I responde mejor al tratamiento.



Se estima que alrededor del 1% de la población adulta tiene esquizofrenia. Los libros de texto siempre dicen que se da con la misma frecuencia en hombres y en mujeres, aunque yo diría que todos los psiquiatras sabemos que se da más en los varones. Los hijos más jóvenes de la familia, nacidos con complicaciones perinatales en una clase social más baja, y los zurdos, tienen un riesgo mayor de desarrollar esta enfermedad. Los estudios de gemelos sugieren un factor genético importante, como una de las posibles causas de la esquizofrenia, pero curiosamente los parientes cercanos de estos enfermos también tienen un riesgo relativamente más elevado que el de la población general de tener problemas de personalidad.

El neurotransmisor (o mensajero químico cerebral) que parece estar más involucrado en la esquizofrenia es la Dopamina. Por ponerlo de una manera simple, se cree que el cerebro de estos pacientes, que seguramente no se ha desarrollado como debería –y es por esto que la enfermedad suele aparecer en el comienzo de la edad adulta⁶–, tiene demasiada actividad *dopaminérgica*. Si se les da medicación para reducir este mensajero químico, la psicosis mejora; si se les da medicación que aumente la conducción dopaminérgica en el cerebro, como la que se usa en la enfermedad de Parkinson, o las anfetaminas, la psicosis empeora.

Ha habido muchas teorías sobre las posibles causas psicológicas de la esquizofrenia, la mayor parte de las cuales han tendido a culpar a la familia del enfermo. Digo culpar porque es así como el padre o la madre lo interpretaría al oír decir al psiquiatra o psicólogo de turno que la razón de la psicosis de su hijo de veinte años

6. Cuando el cerebro ya se debería haber desarrollado del todo, y el individuo debería así poder enfrentarse a los retos de la vida adulta.



es que la comunicación familiar está fragmentada, o envuelta en una velada hostilidad, o que, culpándole a la madre de manera incluso más explícita –como se hizo en los años sesenta–, es ella la que ha creado el problema por ser tan mala madre. Estas teorías no tienen una base científica y, gracias a Dios, se pasaron de moda hace mucho tiempo.

Fernando Rey y Aurora Bautista eran los protagonistas de una película española de los años cincuenta, titulada *Locura de Amor*. Era ésta una película melodramática, del tipo que le gustaba ver al público español de aquellos tiempos tan austeros. *Locura de Amor* cuenta la historia de la reina Juana de Castilla, Juana la Loca, y de cómo su amor por Felipe el Hermoso, y sus celos por su amante –Sara Montiel–, le hizo perder la razón. También se sugieren intrigas políticas, en las que se usa su supuesta locura para poder usurparle el trono a la pobre Juana.

Juana era hija de los Reyes Católicos, casada con Felipe de Austria, y madre del emperador Carlos V. Felipe era rubio y guapo, y se cree que ella estaba terriblemente enamorada de él. Decía J.A. Vallejo-Nájera sin embargo, en sus “Locos Egregios”, que ella era más guapa que él, y a juzgar por los retratos de época de ambos, la verdad es que no le faltaba razón. La reina sufrió muchísimo por los celos que sentía de otras mujeres. Por ejemplo, cuando llegó a Flandes en 1504 para reunirse con su marido, se le informó a la reina de que éste tenía una amante, una mujer noble muy atractiva, a la que Juana procedió a atacar, de manera muy poco regia, con un par de tijeras, cortándole las trenzas y la cara. Otros episodios de celos fueron más patológicos: se dice que cuando andaba vagando por Castilla con su séquito y con el féretro de su marido, no quiso pasar una noche en un convento



con el cadáver de Felipe, porque había mujeres (monjas) en el convento.

Uno esperaría que una mujer que tuvo a los Reyes Católicos de padres, y a San Francisco de Borja como asistente espiritual, habría salido muy pía, pero Juana a menudo se negaba a ir a Misa. También se negaba a hacer muchas otras cosas: en ciertos períodos de su vida, cuando sufría brotes agudos de su esquizofrenia, Juana se negaba a comer, a cambiarse de ropa, a firmar papeles, o en definitiva, a hacer cualquier cosa. Como hemos dicho, uno de los síntomas “negativos” de la esquizofrenia es la falta de voluntad y disposición para hacer cosas, que es lo que le pasaba a la reina de Castilla.

Otro rasgo esquizofrénico “negativo” que Vallejo-Nájera recoge muy bien en su análisis de la enfermedad de Juana, es la falta de reactividad emocional con su entorno. Por ejemplo, cuando en su viaje de vuelta a Castilla desde Flandes la flotilla real se encuentra envuelta en una tormenta terrible, todos piensan que van a morir de manera inminente, menos la reina, a quien la tormenta no parece importarle un bledo. Cuando muere su marido, de quien ella estaba tan enamorada, Juana también se queda impasible, sin ser capaz de mostrar emoción.

El estado de ánimo de Juana cambiaba de manera dramática, de la exaltación al retardo psicomotriz, lo que sugiere un componente catatónico en su esquizofrenia. No ha quedado evidencia clara de que tuviera síntomas “positivos” de la enfermedad (creencias delirantes y alucinaciones auditivas), pero sí de muchos síntomas negativos, como la desintegración y empobrecimiento gradual de su personalidad, el abandono de su apariencia e higiene, y la falta de resonancia afectiva o emocional con su entorno. Lo que esto quiere decir es que Juana muchas veces parecía ensimismada,



mirando al vacío, como si lo que le rodeara no tuviera nada que ver con su vida. Este “autismo”, o falta de conexión con el mundo exterior, es un componente muy importante de la esquizofrenia, y es lo que define a los que la sufren como “alienados”, o “enajenados”, es decir, en *otro* mundo (que es lo que estas expresiones quieren decir literalmente), al que no podemos acceder.

Juana sufrió una larguísima reclusión en Tordesillas, durante nada menos que cuarenta y seis años, desde 1509 hasta su muerte en 1555. Los dignatarios de la época declararon que la reina había perdido la razón, lo que parece ser que sí fue cierto después de todo, y que no era capaz de gobernar el reino castellano y sus colonias en América. Dijo su padre, el rey Fernando de Aragón, que a Juana le sobrevino “una enfermedad y pasión”, refiriéndose al hecho de que la reina Isabel, madre de Juana, ya sospechó al escribir su testamento que tal *pasión* no le permitiría a su hija ejercer sus funciones de monarca. Justificaba así Fernando el no dejarla reinar. Tradicionalmente se ha creído que Juana fue víctima de una conspiración política por parte de su padre y de su marido. No cabe duda que los que competían para gobernar en aquel tiempo hicieron lo que pudieron para usurparle el poder a una mujer tan vulnerable, pero también parece claro que la reina de castilla estaba perturbada de verdad, al margen de consideraciones políticas o románticas.

La extrañeza de la esquizofrenia, esa *enajenación* a la que nos referíamos antes, se ilustra bien en este caso con la imagen de Juana viajando con su corte y con el féretro de su marido por la meseta castellana, sin rumbo claro, y mandando abrir el ataúd varias veces. Parece parte de una pesadilla psicótica en una película surrealista antigua, un duelo enajenado y trágico.



Es fácil criticar la psiquiatría moderna, acusándola de querer restringir la libertad de sus pacientes y de imponer con subrepticios un orden artificial en el que la excentricidad, la creatividad, y la disidencia política se interpretan como locura, pero el hecho de que la reina Juana de Castilla tuviera que pasar cuarenta y seis años de su vida reclusa en una torre, a pesar de haber tenido muchos partidarios políticos, nos ayuda a entender el drama que es la esquizofrenia en la vida real, sobre todo antes de que hubiera tratamientos efectivos para esta enfermedad. Juana estuvo presa por ser reina y *a pesar* de ser reina, porque con conspiraciones políticas o sin ellas, no había nada más que se pudiera hacer entonces con una persona que hubiera perdido la razón.

Afortunadamente, ahora sí tenemos tratamientos para la esquizofrenia. Los medicamentos antipsicóticos, o neurolépticos, como también se les llama, normalmente son capaces de tratar con éxito las alucinaciones y las creencias delirantes. Los antipsicóticos antiguos, como la Clorpromazina o el Haloperidol, cada vez se usan menos, porque tienen unos efectos secundarios potencialmente muy problemáticos. Producen “parkinsonismo”, es decir, algo parecido a la enfermedad de Parkinson, con rigidez en los miembros, temblor, falta de expresión en la cara, etc. El parkinsonismo⁷ es reversible, pero algo llamado la Discinesia Tardía es más bien irreversible. La discinesia son movimientos involuntarios, sobre todo de la boca y de la cara, que pueden aparecer como consecuencia del tratamiento con este tipo de medicación. Paradójicamente, la discinesia puede empeorar tras parar la

7. Técnicamente, estos efectos secundarios parecidos al Parkinson se llaman “extra-piramidales”. Este nombre se refiere al tipo de nervios involucrados en la rigidez y el temblor en el enfermo.



medicación, por lo menos inicialmente. Los que no conocen la discinesia, o lo que se llama Acatisia, que es la necesidad de moverse de manera inquieta –sobre todo las piernas–, y que también es un efecto secundario de estas boticas, piensan que estos movimientos tan raros de la cara y de las piernas son parte integral de la “locura” del paciente, cuando en realidad son debidos al tratamiento, no a la enfermedad.

Ahora usamos más lo antipsicóticos “atípicos”, como la Risperidona o la Olanzapina, que dan muchos menos problemas neurológicos que los neurolépticos de la generación anterior, como el Haloperidol, aunque desgraciadamente pueden interferir con el metabolismo del azúcar y de las grasas en el cuerpo, o en el caso de la Clozapina, disminuir las células en la sangre que se ocupan de combatir las infecciones. Y son mucho más caros.

A pesar de todas las dificultades que se pueden encontrar en el tratamiento de la esquizofrenia, es importante recordar que la mayor parte de los pacientes mejoran mucho con estas medicaciones, y que muchos son capaces de llevar una vida relativamente normal, con el apoyo regular del servicio psiquiátrico. El pronóstico es mejor cuando la enfermedad empieza tarde, cuando los síntomas son sobre todo “positivos” (sin embotamiento afectivo, discurso desordenado, etc.), y cuando el paciente no está aislado socialmente y tiene una inteligencia normal. En los casos en los que la enfermedad sigue un curso negativo y crónico, ésta acaba limitando la capacidad intelectual del paciente, así como su capacidad de interesarse en su entorno, o establecer relaciones sociales significativas. En la llamada “*economía del cigarrillo*”, que se solía ver en las instituciones mentales, los cuidadores no controlaban el comportamiento del esquizofrénico crónico con medicamentos,



sino dando o quitando cigarrillos. A veces, el fumar suele ser lo que más le interesa a algunos de estos enfermos⁸. No era raro que las mujeres en las salas de crónicos vendieran su cuerpo, a veces a enfermeros sin escrúpulos, a cambio de tabaco. Es fácil abusar de un paciente así, cuya mente está dañada, y cuyo mundo está terriblemente restringido.

Un problema muy frecuente en el tratamiento de las psicosis es el hecho de que el paciente puede no darse cuenta de que está enfermo, y por lo tanto rechaza las intervenciones psiquiátricas. Lógicamente, si uno oye voces que le dicen que él es el nuevo Mesías, y que por eso le están persiguiendo los servicios secretos Israelíes, el pedir ayuda al médico de cabecera no parece ser a primera vista la acción más apropiada.

No sabemos si Juana la Loca habría tomado Risperidona, de haber existido entonces. De haberla tomado, seguramente, le habría ayudado, pero dado que sus síntomas parecen haber sido predominantemente “negativos”, su pronóstico no habría sido muy bueno. Por otra parte, Juana era capaz de pensar de manera inteligente –por lo menos a veces–, como atestiguaron varios de sus allegados, lo que es un factor de pronóstico positivo.

Si Juana hubiera tomado Risperidona para controlar su psicosis, quizá habría podido gobernar Castilla, en vez de su hijo Carlos. Como dice la historiadora Vivian Green⁹, Juana quizá se habría concentrado más en Castilla y en la América castellana, en vez de meterse en líos y guerras religiosas en Europa –como lo hizo su hijo–, lo que no le sirvió de gran cosa a Castilla. Así que la Risperi-

8. La nicotina tiene acciones farmacológicas en el cerebro, quizá contrarrestando algunos de los efectos de la enfermedad y de la medicación.

9. En su libro *Madness of Kings*.



dona, de haber existido en el siglo XVI, podría haber cambiado la historia de España, y quién sabe, quizá del mundo también.

La locura de Juana no fue una locura de amor, como la de Aurora Bautista en la película de los años cincuenta, ni una locura imaginada por razones políticas. La locura de Juana fue una esquizofrenia, que marcó el rumbo de la historia de todo un reino, y la vida de una pobre mujer, que murió reclusa en Tordesillas el Viernes Santo de 1555.



6

LA PERSONALIDAD Y LA PSICOPATÍA

Los psiquiatras no se ponen de acuerdo sobre si la psicopatía y los desórdenes de la personalidad son algo que les deba concernir o no. Lo que está claro, sin embargo, es que los mencionan mucho.

Hay que empezar por decir que un trastorno de personalidad no es tal si la personalidad en cuestión no le molesta ni al individuo que la posee, ni a nadie más. Ser raro no es patológico. En Inglaterra, donde vivo, la rareza –o la excentricidad– se ha cultivado tradicionalmente como una virtud nacional. Los Trastornos de Personalidad también deben ser permanentes, así como haber estado presentes desde una edad temprana en la juventud. Si estas condiciones no se cumplen, entonces no se trata de un trastorno de personalidad, sino de otra cosa.

Los tipos de trastorno de personalidad que uno encuentra en un libro de texto de psiquiatría tienen equivalentes en el lenguaje coloquial. Así por ejemplo, el agresivo e irresponsable es el “psicópata”, o “sociópata”, el raro y misántropo es el “esquizoide”, el teatral es el “histriónico”, etc. A veces incluso usamos las mismas



palabras que uno usaría en el lenguaje coloquial para denominar ciertos tipos de trastorno de personalidad, como en el caso del tipo “obsesivo”, o el “dependiente”.

El trastorno de personalidad que más dolores de cabeza nos suele dar es el sociópata, o psicópata, como también se le llama. Comentaremos en el capítulo dedicado a la psiquiatría en las obras de ficción que la psicopatía ha figurado en la películas de Hollywood mucho más que ningún otro problema psiquiátrico, aunque, como pasa con tantas cosas, los psicópatas de las películas suelen ser más atractivos que los psicópatas reales.

El psicópata real es inmaduro psicológicamente. En muchos sentidos, y aunque parezca paradójico, el psicópata se comporta como un niño. Como el niño, es egoísta. Como el niño, no puede esperar para satisfacer sus deseos. Como el niño, puede ser sádico. Como el niño, no piensa en el futuro o en las consecuencias de sus acciones, pero como el niño, también puede ser encantador y hacerse perdonar con su inocencia.

La razón por la que decía que este tipo de persona (junto con otros trastornos de personalidad de los que hablaremos más adelante) nos da muchos dolores de cabeza, es que con frecuencia aparecen en una situación de crisis en Urgencias a las tres de la mañana, y el psiquiatra de guardia tiene que valorar su problema, seguramente medio dormido, y a veces decidir ingresarles para evitar una crisis mayor, sabiendo que el ingreso no va resolver gran cosa, y que su superior y el gerente no van a estar muy contentos a la mañana siguiente, cuando sepan que este individuo está ocupando una cama. El psicópata, o por lo menos el psicópata que vemos en psiquiatría, está mal adaptado, y por eso tiene muchas crisis, a cualquier hora del día o de la noche.



Hay personas que comparten los rasgos de su personalidad con el psicópata, pero que no ven psiquiatras, porque están bien adaptados y han conseguido encauzar las peculiaridades de su personalidad de manera ventajosa para ellos mismos. Estas personas son seguramente más inteligentes, y la patología de su personalidad menos marcada. Con suerte, su personalidad quizá incluso les ayude a emprender una carrera en la política, por ejemplo, que es un tipo de ocupación en el que hay que ser agresivo y no tener muchos remilgos.

Ser precavido y considerado seguramente no son las características más valiosas en situaciones extremas o de crisis. En éstas, una persona expansiva, como el psicópata, que no va a perder el sueño si tiene que matar a su vecino, prosperará más que alguien ansioso y medroso. No cabe duda por ejemplo de que cuando las reglas sociales se cancelan, como pasa en un estado de guerra civil, es este tipo de personalidad el que de repente florece y surge como líder.

Los introvertidos y los apocados pueden sufrir mucho por culpa de su personalidad, pero se les nota mucho menos, porque les da apuro molestar a nadie, mucho más a las tres de la mañana en Urgencias. También es más fácil simpatizar con alguien que está sufriendo porque no sabe cómo hablarle a una chica, que con alguien que ha tomado una sobredosis porque una de sus novias le ha dejado, tras enterarse de que él tenía otra novia, a la que había dejado embarazada.

Los psicópatas son típicamente hombres jóvenes. Como los demás, con los años se hacen viejos, pero el paso del tiempo suele suavizar sus tendencias a la impulsividad y la agresión. Los psicópatas que aparecen en las noticias, o en el cine, suelen ser sádicos



y peligrosos. Afortunadamente, este subtipo es relativamente raro. Los que vemos normalmente en psiquiatría son más egoístas e impulsivos que sádicos. La psicopatía en general no se considera rara, particularmente entre chicos jóvenes, grupo éste en el que puede afectar a un diez por ciento, o incluso más, según algunos autores. No todos van a Urgencias a la noche, claro.

Como pasa muchas veces en psiquiatría, el diagnóstico depende mucho de dónde se ponga el baremo, que puede ser una cosa arbitraria. En los trastornos de la personalidad, dado que estamos hablando de lo que en realidad son exageraciones de rasgos normales del carácter, el baremo es algo crucial en el diagnóstico. La persona que para un cierto psiquiatra es un psicópata, puede ser sencillamente un chico simpático y extrovertido para otro.

Desde un punto de vista antropológico, se podría decir que quizá necesitamos personas con rasgos sociopáticos en nuestra sociedad –aunque no demasiadas– para cumplir las funciones más agresivas de nuestro grupo social. Una sociedad compuesta exclusivamente de gente perfectamente disciplinada, que no quisiera explorar más allá de donde les toca estar, no descubriría América y no inventaría los cohetes. Por otra parte, seguramente tampoco irían a la guerra, no pondrían bombas en trenes en nombre de su religión, no se robarían las novias, y los psiquiatras tendrían muchos menos dolores de cabeza.

Hay quien ha postulado¹ que la psicopatía no es más que una estrategia de reproducción, en la que, en vez de tener hijos con una pareja específica, y después trabajar para poder proveer para su sustento, y así asegurarse de que sobrevivan, el psicópata, típi-

1. Por McMillan y Kofoed en 1984.



camente varón, dedica sus energías a inducir el mayor número posible de embarazos, sin preocuparse de quién les tenga que alimentar más tarde. La supervivencia de los niños no será su problema. Pero hay un obstáculo: tiene que convencer a las mujeres de que le permitan embarazarlas. Esto normalmente se haría en competición con los otros varones, mostrando a la mujer las ventajas genéticas de elegirle a él (aspecto físico, inteligencia, y salud), o su buen estatus social (que se traduciría en una buena capacidad de proveer para sus hijos). Como en la selva. Bueno, pues la estrategia del psicópata es diferente: hace trampa. Muestra sus encantos y confianza en sí mismo, y pretende que tiene un estatus social más alto que el que de verdad tiene, por ejemplo, con un coche deportivo que en realidad no se puede permitir. Algunos dueños de un Porsche en realidad no pueden pagarlos, mientras que la mayor parte de los que sí podrían pagarlos, no tienen un Porsche. Esto no quiere decir que todos los psicópatas sigan esta estrategia, ni que todos los que siguen esta estrategia sean psicópatas, por supuesto, pero es una teoría interesante.

Kretschmer describió en 1921 dos tipos de personalidad, que él relacionó con aspectos físicos específicos: el “leptosómico” (alto y delgado), y el “pícnico” (bajito y gordo). Kretschmer creía que el aspecto pícnico estaba asociado con un temperamento “ciclótico”, es decir, con tendencia a los altibajos emocionales, pero también afable, jovial y extrovertido. El alto y delgado por otra parte es de carácter “esquizoide”, según el mismo autor, que quiere decir que es raro, solitario, y frío emocionalmente. Basta pensar en el carácter de Sancho Panza, con su cuerpo rechoncho, y en el soñador y espiritual Don Quijote, con su cuerpo esbelto, para darse cuenta de que estos arquetipos ya existían en la conciencia popular, aunque la supuesta relación entre las dimensiones corpo-



rales y el temperamento nunca se haya conseguido confirmar de manera científica.

La personalidad “Límite” (o *borderline*), es incluso más problemática, y desde un punto de vista psicopatológico, se podría decir que más anormal. Se llama límite porque se encuentra en la frontera con la psicosis. La persona con esta patología tiene su ego (su “yo”) mal definido. Es dada a las emociones muy intensas, y se relaciona con otros también muy intensamente, aunque estas relaciones son a la vez frágiles y poco estables. No tiene vida interior y se aburre fácilmente. A veces se complica esta presentación con bulimia², alcoholismo, o promiscuidad sexual problemática. De vez en cuando, la persona “límite” tiene una crisis, en la que puede incluso desarrollar síntomas psicóticos. Con más frecuencia, tiene crisis emocionales, que pueden resultar en una sobredosis, cortes de venas, etc. Son difíciles de contener y suponen un riesgo de suicidio considerable.

Un trastorno de la personalidad que se ha dado mucho en personajes históricos, y que por lo tanto ha marcado con frecuencia el rumbo de las naciones, es el tipo Paranoide, porque los líderes políticos, sobre todo los carismáticos, a veces tienen este tipo de personalidad. El mejor ejemplo fue Stalin. Churchill dijo que las dos cosas peores que le han pasado a Rusia han sido el nacimiento de Lenin y la muerte de Lenin. La muerte de Lenin subió a Stalin al poder, tras un corto período durante el que tuvo que compartir el poder con otros. Una vez situado en la cumbre del poder, se dispuso a purgar a todos sus oponentes, reales o imaginados, en proporciones que sólo se pueden calificar como industriales.

2. Véase el capítulo 15.



Stalin no era Ruso. Era el hijo de campesinos de Georgia, en el Cáucaso. Estudió para hacerse cura, pero le atrajo más la ideología Marxista. Lenin no se fiaba de él. Le parecía poco sutil y grosero. Stalin no se fiaba de nadie, como buen paranoide. Se deshizo de Trotsky en 1927, mandándole al Kazajstán. Murió Trotsky asesinado en Méjico, a manos de un tal Ramón Mercader, seguramente un agente de Stalin, que le partió la cabeza con un pico. A partir de 1929, Stalin se aplicó, con esmero patológico, a la horrorosa tarea de eliminar enemigos potenciales, así como a poner en práctica un plan de colectivización muy agresivo, que dejó a muchísimos campesinos desplazados y hambrientos. Su campaña de terror afectó a gran parte de los ciudadanos soviéticos de cierta relevancia, que acabaron o bien muertos, o si no en Gulags. Se cree que las víctimas de Stalin, en su propio país, se contarían en millones. Su segunda mujer se suicidó en 1932, en circunstancias misteriosas. Miembros de su propia familia y colegas suyos muy allegados, y por lo tanto potenciales enemigos, también recibieron sentencias de muerte.

Stalin dijo una vez que su país estaría perdido sin él, porque sólo él era capaz de identificar a los enemigos. El ver enemigos por todas partes ilustra muy bien la personalidad paranoide. El paranoide también ve admiradores y rivales, pero lo que no se consigue imaginar es que haya gente en el mundo a la que “yo” no le importe gran cosa. El paranoide es frío, a veces puritano, tiene las ideas muy claras, y es muy egocéntrico.

En el último año de su vida, Stalin desarrolló una creencia delirante que podría haber tenido unas consecuencias muy trágicas. Stalin ordenó publicar en el periódico “Pravda” que los médicos ilustres del país, casi todos judíos, eran parte de una



conjura Sionista, que se proponía envenenar a los líderes políticos y militares de la Unión Soviética. En su estilo habitual, empezó a encarcelarlos, pero para alivio de los pobres médicos, Stalin se murió poco después, y la teoría de la conspiración Sionista también murió con él.

El que tiene una personalidad paranoide, como el que tiene una esquizofrenia paranoide, se ve a sí mismo como el centro del universo. La diferencia fundamental es que el esquizofrénico está psicótico, separado de la realidad, y su concepto mesiánico de su persona está marcado por sus experiencias psicóticas, de las que él es un sujeto pasivo, mientras que el que posee una personalidad paranoide, como Stalin por ejemplo, tiene la capacidad de percibir el mundo sin interferencias psicóticas.

Lejos del ámbito de los dictadores y los personajes históricos, uno se encuentra a menudo con personas que parecen estar bien ajustadas, pero que tienen un estilo paranoide de entender el mundo. Me refiero a los individuos que, por ejemplo, prefieren las teorías de conspiración a las explicaciones razonables y sencillas, o a las madres que creen que las vacunas infantiles son dañinas, y que los médicos que las recomiendan son meros agentes de las multinacionales que las producen. El paranoide piensa que los "otros", sobre todo aquellos que están en una posición de influencia, usan la mayor parte de su tiempo en fastidiar a otras personas a propósito. En realidad, nuestros problemas, así como los problemas del paranoide, no suelen ser el resultado de que el prójimo se moleste en fastidiarnos, sino de que el prójimo no se moleste en recordarnos. La postura paranoide no es absurda porque no haya conspiraciones, que sí las habrá, sino porque casi nadie se preocupa de conspirar, por muy modesta que sea la



conjura, a no ser que le merezca la pena, que es muy raro porque estas cosas requieren energía, y los humanos somos en general muy vagos.

Los trastornos de personalidad Histriónico y Narcisista son muy vistosos. Estos individuos se adoran a sí mismos, y de manera muy justificada, según ellos. Pueden ser exhibicionistas, manipuladores, y en general vanidosos y absorbidos en su propia importancia.

El dependiente (Trastornos de personalidad por Evitación y por Dependencia) no tiene confianza en sí mismo y prefiere que otros tomen responsabilidades o enfrenten peligros. Son apocados, retraídos y vacilantes.

El Pasivo-Agresivo está enfadado con el mundo, pero no lo expresa con una rabia explícita; en vez de atacar de manera abierta, el Pasivo-Agresivo sabotea y entorpece los esfuerzos de otros sistemática y subrepticamente.

El Obsesivo es el personaje de Jack Lemon en la película *“La extraña pareja”*³: el empleado ideal, pero quizá no el compañero de piso ideal. En esta película, Felix (Jack Lemon), recientemente separado de su mujer, comparte piso con Oscar (Walter Matthau), un periodista deportivo con malos hábitos y peor higiene. La diferencia en la manera de ser de estos dos caracteres forma la base de la comedia. Felix es puntilloso y perfeccionista, le gusta la rutina y la limpieza, mientras que Oscar prefiere las mujeres, el whisky, y el póquer. Oscar es flexible y cínico. Felix es rígido y moralista, y se deprime. El temperamento obsesivo se deprime con frecuencia; siendo rígido, le cuesta adaptarse a los cambios, y

3. *The Odd Couple* (1968), de G. Saxe.



siendo perfeccionista, le cuesta tolerar las imperfecciones, de las que está llena la vida.

No hay tratamiento como tal para los trastornos de personalidad. Se pueden tratar las complicaciones, como la depresión secundaria⁴ que aparece como resultado de los elementos negativos en el carácter del sujeto, como su posible mala adaptación social, o quizá su rigidez, o su excesiva sensibilidad. En el caso de los Límite, a veces se da la necesidad de tratar un proceso psicótico pasajero, y posiblemente también síntomas depresivos.

Pero el trastorno de personalidad en sí, el que yace por debajo de sus complicaciones depresivas o sociales, no tiene tratamiento con pastillas. Se pueden intentar diversos tipos de psicoterapia, por supuesto, aunque la posibilidad de que esto resulte en una mejoría estable puede no ser muy alta. Las Comunidades Terapéuticas⁵ –que recuerdan a la casa del Gran Hermano–, en las que cada residente debe ser responsable de sus acciones, y tratar de vivir en armonía con los demás residentes, en un entorno bien controlado y democrático, muchas veces estimula la maduración psicológica de las personas con temperamentos anti-sociales.

La mayor parte de nosotros no somos psicopáticos, pero nuestras acciones y sentimientos pueden serlo en ciertas condiciones, como se demuestra en los experimentos de obediencia del psicólogo americano Stanley Milgram, publicados en 1963. En estos experimentos, una figura con autoridad (el investigador) le sitúa al participante en frente de un actor, que el sujeto del experimento cree que también es un participante, como él. El inves-

4. "Secundario" quiere decir en medicina que es consecuencia de otro proceso –el "primario"–, en este caso el desorden de personalidad.

5. Véase el Capítulo 2.



tigador le explica al participante que el objeto del experimento es el explorar la relación entre el aprendizaje y la aversión. Para ello, el otro participante (el actor) deberá responder preguntas, y recibirá una descarga eléctrica dolorosa si las responde mal (en realidad no hay tal descarga, pero el actor pretende sentir dolor). Las supuestas descargas eléctricas, que controla el participante en su tablero de mandos, deben subir de voltaje a medida que el actor continúa contestando las preguntas mal. El actor protesta y chilla, dice que ya no aguanta el dolor, y demanda que se pare el experimento, gritando desde la habitación contigua a la del participante. El experimentador sin embargo le asegura al participante que esa reacción es normal, que no se preocupe, y que el experimento debe seguir. Alrededor del 65% de los participantes siguieron dando descargas cada vez más dolorosas al actor, hasta llegar a los 450 (supuestos) voltios. Por otra parte, si este grupo de participantes fueran soldados en una guerra, quizá sería el mismo 65% el que se comportaría de manera heroica, si se les ordenara que arriesgaran su vida en una situación peligrosa en el frente... quién sabe.

La conclusión de este experimento fue que gran parte de nosotros estaríamos dispuestos a hacerle daño a nuestro prójimo, si alguien en una posición de autoridad nos instruyera que lo hiciéramos. Esto puede explicar el que cierta gente, que aparentemente no es violenta, se pueda comportar de manera muy cruel cuando se encuentran al mando de otros, por ejemplo como guardas en un campo de concentración.

Pero hay otro mecanismo, quizás más inquietante, que muestra que cuando se pone a una persona en una posición en la que puede ejercer poder sobre otros, sin controles externos, hay quien se emborracha con ese poder, y lo aplica con un gozo excesivo y un



celo sádico. Como se sabe, el poder corrompe, y el poder absoluto corrompe absolutamente. Esto se demostró en otro estudio famoso, el de la prisión experimental de la Universidad de Stanford, que se llevó a cabo en 1971⁶. En este experimento, se dividió al azar a los participantes, algunos de ellos estudiantes, en dos grupos: a unos se les asignó el papel de guardas en una prisión ficticia, que se había construido en el sótano de la facultad de psicología, mientras que a otros se les dio el papel de prisioneros. El estudio, que tenía el respaldo de la Marina americana, se tuvo que abortar después de sólo unos días, porque los guardas –unos más que otros– trataban a los prisioneros con una crueldad y un sadismo chocantes, mientras que los prisioneros no parecían darse cuenta de que podían renunciar a seguir siendo torturados, e irse de la “prisión” si les daba la gana. Por cierto, Philip Zimbardo, el investigador principal en este estudio, era amigo de Milgram. Se ha dicho que los abusos en la cárcel de Abu Ghraib en Irak recuerdan mucho a lo que pasó en la Universidad de Stanford en 1971, pero no sabemos hasta qué punto las torturas y humillaciones de Abu Ghraib fueron espontáneos, como en Stanford, o parte de algo más concertado.

Todo esto nos lleva a otro tipo de posible cambio en la moralidad y temperamento de la persona, cuando ésta se encuentra en una situación extraordinaria, pero esta vez no como agresor, sino como víctima. Bruno Bettelheim era un psicoanalista que sobrevivió un campo de concentración Nazi y describió más tarde, con terrible franqueza, el efecto psicológico que este entorno cruel y

6. A quien le interese este tema, recomiendo que vea la película alemana “Das Experiment”, dirigida por Oliver Hirschbiegel en 2001, que está basada en este experimento.



brutal ejercía sobre los prisioneros. Algunos de estos prisioneros se identificaban con los guardas de la SS, hasta el punto de hacer todo lo posible para imitar su apariencia y su uniforme, con harapos que encontraban abandonados. Los prisioneros a quienes los Nazis les daban el papel de “capos” de cada una de los recintos, se comportaban exactamente igual que los guardas de la SS, a veces peor. Bettelheim pensaba que estos prisioneros se habían identificado con su agresor, lo que les hacía despreciar a sus compañeros de recinto, con quienes en realidad compartían su desafortunado destino.

Algo parecido pasa en el Síndrome de Estocolmo, en el que la víctima también se identifica con su agresor. Se llama así porque se describió por primera vez en Estocolmo, en un robo de banco que ocurrió en 1973. Los asaltantes tomaron rehenes, y la cosa se complicó. Cuando finalmente se resolvió la crisis –que duró seis días– y los rehenes fueron liberados, éstos defendieron a sus captores, como si los ladrones les hubieran estado protegiendo, en vez de amenazando.

En circunstancias normales, estas personas, los participantes en los experimentos de Milgram y de la Universidad de Stanford, los prisioneros del campo de concentración, o los rehenes de Estocolmo, habrían tenido valores y comportamientos morales diferentes de los que mostraron en situaciones extraordinarias.

Sin embargo, la personalidad es en general una cosa bastante permanente a lo largo del tiempo. Se define en la infancia y se consolida en la juventud. A partir de ahí, suele permanecer estable, a no ser que se sufra un proceso degenerativo en el cerebro, ya en la vejez. Esto no quiere decir que no se pueda cambiar y mejorar, sino que las coordenadas de nuestro carácter tienden a ser muy parecidas a través de nuestra vida.



Pero al fin y al cabo, todos estamos hechos de lo mismo, así que lo que nos diferencia es menos que lo que tenemos en común, sobre todo cuando estamos solos y no tenemos que proyectar socialmente la persona que nos hemos inventado. Como dijo alguien llamado Jackson Brown, nuestro carácter es lo que hacemos cuando creemos que nadie está mirando.



7

EL LOCO PELIGROSO

La inmensa mayor parte de los enfermos psiquiátricos no son peligrosos. De hecho, es más probable que estos enfermos en su conjunto sean *víctimas* de un crimen que el resto de la población. La idea del loco peligroso recuerda a la del leproso contagioso (la lepra apenas se contagia), y expresa la necesidad que hemos tenido históricamente de segregar y encerrar a individuos que la sociedad percibe como extraños o repulsivos.

Esto no quiere decir que no haya *locos peligrosos*. Ya hemos explicado en el capítulo anterior los problemas que la psicopatía, por ejemplo, puede crear. Bien es verdad que el psicópata no está *loco*¹, pero su comportamiento puede ser anormal e impredecible. El psicópata (o sociópata) tiene varias características que le pueden hacer peligroso: para empezar, es impulsivo, porque no tiene mecanismos de inhibición eficaces; también le cuesta demorar el placer, prefiriendo la satisfacción inmediata; no siente limitaciones mora-

1. Pinel la llamó *Manie sans Délire* en 1801.



les, y tampoco tiene remordimientos de conciencia; es probable que beba demasiado o use drogas, lo que disminuirá sus inhibiciones incluso más; finalmente, no aprende con la experiencia, así que repetirá las mismas barbaridades, incluso si acabaron creándole problemas, una y otra vez.

En muchos casos, la criminalidad en general es parte de un mecanismo de adaptación. Este tipo de persona comete crímenes como respuesta a las exigencias de la vida, que no sabe cómo satisfacer de otra manera. Sólo sabe adquirir dinero robándolo, y sólo sabe obtener intimidad con una mujer violándola. Este criminal seguramente no es muy listo, quizá incluso cometa crímenes para aplacar estados de infelicidad o ansiedad porque, una vez más, no sabría cómo hacerlo de otra manera.

La mayor parte de la violencia en general la llevan a cabo los chicos jóvenes, quienes son al mismo tiempo las víctimas más probables de los actos violentos. Este tipo de violencia juvenil suele ser espontánea, y estimulada por el alcohol. Las tendencias violentas normalmente se pasan con los años, pero no siempre. Los violentos profesionales, que conservan en la vejez sus automatismos ocupacionales, aprendidos a lo largo de años, pueden seguir comportándose como lo hacían de jóvenes. Así es que quizá le pongan un cuchillo en el cuello a la enfermera de la residencia, cuando ésta le rechace sus acosos sexuales...

Hay chicos a quienes no se les pasa la "fase" violenta, y siguen metiéndose en crímenes y peleas cada dos por tres. Probablemente, su personalidad no es muy normal, y son emocionalmente, e incluso intelectualmente inmaduros. Las cárceles están llenas de este tipo de hombre joven, enganchados en un círculo vicioso del que no saben escapar. Con frecuencia no tienen padre, o se criaron en



un ambiente en el que no había nada positivo que aprender. Pero no quiero sugerir que haya que ser determinista a la hora de entender la criminalidad. Se haya nacido donde se haya nacido, y se tengan los genes que se tengan, siempre es posible no ser criminal.

Hay un tipo de tragedia, relacionada con la psiquiatría, que desgraciadamente se da muy a menudo en las cárceles: el suicidio. El número de suicidios en las cárceles es tres veces mayor que el de la población general. El riesgo de suicidio es particularmente alto entre los prisioneros que están esperando a ser juzgados, quizá porque ni siquiera saben lo que les espera, o porque no han tenido tiempo todavía de adaptarse a las circunstancias estresantes de su nuevo entorno. Hay muchos que dicen que las cárceles hoy en día son demasiado cómodas, que se debería castigar a los criminales que las habitan, para que así no quieran volver. Cada vez que he visitado una cárcel, y sentido su atmósfera opresiva y deprimente, me he convencido más de que tienen razón los que dicen que a la cárcel se va como castigo, no para que te castiguen una vez allí.

Gran parte de la violencia seria, o sistemática, es doméstica. Muchos asaltos, abusos, e incluso homicidios, se cometen en casa. Más niños se abusan física y sexualmente en casa que fuera de casa. Cerca de tres cuartas partes de las víctimas de asesinato conocían a su asesino de manera íntima. El mito que tanto aparece en las novelas de crímenes, el de si existe o no el asesinato perfecto, es en realidad irrelevante, porque en la mayoría de los casos de homicidio, es sencillamente evidente quién lo ha cometido, y nadie lo intenta ocultar.

Un marido alcohólico, violento, y quizá celoso, es una persona peligrosa, aunque parezca menos llamativo que la imagen del psicópata inteligente y retorcido, que vemos en las películas.



Los celos patológicos son una exageración de los celos normales, pero no sólo desde un punto de vista cuantitativo. La calidad de estos celos también es distinta a la de los celos normales. Esto es lo que se llama el “Síndrome de Otelo”, en referencia a la obra de teatro de Shakespeare, escrita al comienzo del siglo XVII. En ésta, Otelo, un general al servicio de Venecia, duda de la fidelidad de su amante, Desdémona, cuando Yago, el malo en la obra, le da a entender que ella le está engañando. Preso de unos celos terribles, Otelo le mata a Desdémona, y más tarde se suicida, al enterarse de que ha sido víctima de una conspiración ideada por Yago. Es verdad que Otelo había sido víctima de una conspiración, pero también lo es que él decidió creer las mentiras de Yago, hasta el punto de estar dispuesto a matar a Desdémona, como pago por un crimen que en realidad no había cometido.

Oí una vez a una colega mía decir que “todos los Otelos tienen su Desdémona”, refiriéndose al hecho de que el caso de los celos patológicos no es diferente a cualquier otro sentimiento humano que concierna a dos personas: las dos están involucradas en cierta medida, aún en los casos en los que sólo una de ellas es claramente patológica.

El que sufre de celos patológicos está convencido de que su amante le es infiel, y busca desesperadamente una prueba de la traición, quizá manchas de semen o pelos púbicos en la ropa interior de la otra persona, hasta llegar al punto en el que no puede pensar en otra cosa. Las creencias del celoso patológico pueden llegar a ser francamente psicóticas, pensando por ejemplo que su mujer anciana ha elegido una cama grande en el hospital donde está ingresada con neumonía, para así poder meterle al celador en su cama a la noche... Sus acciones son tan extremas como sus



pensamientos: por ejemplo, le pintará la trasera del coche a su mujer con pintura brillante, para así poder seguirla más fácilmente cuando salga sola. Le abrirá las cartas y contratará a un investigador privado, todo para demostrar que su mujer le es infiel. Ni que decir tiene que este individuo es peligroso potencialmente. Se suele decir que la intervención más urgente en este tipo de situación es el sugerir una separación “geográfica” entre estas dos personas, para que el celoso no pueda atacar a su posible víctima. Seguramente, también necesitará medicación para aplacarle sus delirios. Los celosos muchas veces beben demasiado, lo que les puede provocar impotencia, y esto a su vez empeora los celos, porque asumen que su mujer buscará satisfacción sexual con otro.

El “Destripador de Yorkshire”, Peter Sutcliffe, mató trece mujeres entre 1975 y 1980 en el Norte de Inglaterra. Había sido un niño solitario en el colegio, y trabajó como enterrador por un tiempo. Se ganaba la vida conduciendo camiones durante el período de sus asesinatos en serie. La Policía en aquel tiempo no tenía un sistema informático eficiente para coordinar la información que recibía, que en este caso era mucha, porque el creciente número de mujeres encontradas asesinadas brutalmente (destripadas) recordaba mucho al caso de Jack el Destripador, que había aterrorizado el Este de Londres muchos años antes, y estaba atrayendo mucha atención en los medios de comunicación. Sutcliffe fue arrestado por conducir borracho en 1980. Pero después de este incidente, todavía consiguió matar a dos mujeres más. Seguramente la Policía no le habría identificado nunca, de no haber confesado él espontáneamente que era el Destripador, cuando se le arrestó de nuevo en 1981, esta vez por llevar una matrícula falsa en el coche. Una prostituta joven se encontraba en el asiento del pasajero en el momento del arresto.



Sutcliffe declaró que Dios le había ordenado matar a las mujeres. Un grupo de psiquiatras concluyó que el Destripador tenía una esquizofrenia paranoide. Todavía se encuentra en un hospital psiquiátrico de alta seguridad, donde es probable que permanezca hasta el fin de sus días.

El hecho de que Sutcliffe pensara que Dios le había mandado que asesinara a este grupo de mujeres le hacía extremadamente peligroso. Recordará el lector que un factor central en la esquizofrenia es el fenómeno de la “pasividad”, en la que el enfermo se siente como un sujeto pasivo de las influencias, o en este caso órdenes, de entidades externas a él. Así, Sutcliffe se veía a sí mismo como un mero agente o instrumento de Dios.

Afortunadamente, la inmensa mayor parte de los enfermos de esquizofrenia no tienen tendencias homicidas, ni son particularmente peligrosos desde ningún otro punto de vista, aunque el psiquiatra siempre debe examinar, en cada paciente que ve, la posibilidad de que sí lo sea.

El factor más importante en la evaluación de la posible peligrosidad de un paciente es su pasado. Si ha sido violento antes, es probable que lo sea otra vez. Un chico joven sin problemas psiquiátricos puede ser violento durante parte de su juventud (no es normal ni deseable, claro), sin que esto quiera decir que sea necesariamente un psicópata, o que sus tendencias agresivas vayan a seguir presentes en el futuro. Sin embargo, alguien que ha sido violento en el contexto de un trastorno de personalidad bien definido, o de una enfermedad mental –tal como la esquizofrenia–, puede seguir siendo peligroso, sobre todo si la enfermedad mental no está controlada.



Otro factor importante, y obvio, es la gravedad de los asaltos. Si no le duele la conciencia después de haber atacado a alguien, mala cosa. Si tiene fantasías sobre temas violentos, mezcladas con sadismo sexual, etc., también mala cosa. Si es solitario y un poco raro, y se pasa la vida en cines porno, también es preocupante en este contexto. Si le sigue a una chica todos los días, y le regala flores y manda cartas, e insiste en sentarse a su lado en el autobús, incluso cuando ella le implora que le deje en paz, entonces es incluso más preocupante. Seguramente habría que ingresar a este individuo en un sitio donde no pudiera hacer daño a nadie.

La mayor parte de los violadores no tienen una enfermedad mental. Quizá violen por motivos puramente sexuales, pero algunos lo hacen sobre todo para satisfacer impulsos agresivos o sádicos, o quizá porque les complace el infligir miedo, o el humillar a una mujer. Los exhibicionistas son muy diferentes. En general, no suelen pecar de agresivos o sádicos. Suelen ser poco inteligentes e inseguros de sí mismos, sobre todo en relación a su habilidad de alcanzar un encuentro sexual por medios normales.

Los pirómanos recuerdan un poco a los exhibicionistas en sus características personales. Como éstos, suelen ser poco inteligentes y mal adaptados socialmente. El fuego les excita, como a los niños.

La violencia nos asusta, pero en general, no nos deben quitar el sueño los psicópatas, los pirómanos, los violentos, y los celosos, a no ser que vivamos con uno. Como en las películas antiguas de Drácula, en las que la heroína se relaja en los brazos de su novio, sin notar todavía que él está muy pálido, y que tiene colmillos largos, el peligro suele estar más cerca de lo que esperamos. Como la caridad, la violencia empieza en casa.



8

EL MIEDO, LAS NEUROSIS Y LOS PROBLEMAS PSICOSOMÁTICOS

Las neurosis son los trastornos del miedo. En estas enfermedades, el paciente siente miedo por razones que no le deberían asustar, tales como el estar dentro de un ascensor, o el encontrarse en una autopista. A veces el enfermo neurótico siente ansiedad de manera espontánea, en cualquier situación. Otras veces, aplaca el miedo por medio de complicados rituales, que sólo él comprende.

Se confunden los que creen que las neurosis son cosas banales por definición, y que los que las sufren son gente medrosa y sin fortaleza de ánimo. El enfrentarse a ese miedo y el querer superarlo –con fortaleza de ánimo– no es siempre suficiente, y las neurosis, lejos de ser banales, son a menudo incapacitantes.

Un factor fundamental en los trastornos de ansiedad es el hecho de que éstos inducen al paciente a evitar los objetos o situaciones asociados con su sensación de miedo, que el sujeto se siente incapaz de controlar. Así, el paciente evitará los sitios con mucha gente, o cerrados, o las fiestas, o los aviones, etc.

La diferencia fundamental entre las enfermedades neuróticas y las psicóticas es el hecho de que el enfermo neurótico está en



contacto pleno con la realidad. Sus miedos pueden ser desproporcionados con lo que temen, pero no sufren alucinaciones y delirios, y no se sienten sujetos a las influencias mágicas de misteriosas agencias externas, como es el caso en la esquizofrenia.

De hecho, no cuesta ver cualquier neurosis desde un punto de vista dimensional, es decir, como algo de lo que seguramente todos tenemos algo, unos mucho, otros no tanto. Casi todos tenemos algún miedo específico que es un poco exagerado, o timidez en ciertas situaciones, o ansiedad generalizada de vez en cuando. Los rituales obsesivos en períodos de estrés son también muy comunes. Se trata por lo tanto de una cuestión de medida, en cierta manera.

* * *

Cuando el miedo está dirigido a un objeto o situación específicos, y es debilitante, o limita la vida del individuo, este miedo se llama fobia. La premisa de que debe limitar la vida del paciente es importante por dos razones: primero, porque no merece la pena el tratar un miedo a volar, por ejemplo, cuando la persona en cuestión no quiere ir a ningún sitio y le gusta pasar sus vacaciones a veinte kilómetros de sus casa. Si se tratara de un ejecutivo con oficinas en Madrid y en Londres, sin embargo, el miedo a volar podría ser un problema considerable. Segundo, porque casi todos tenemos un miedo no patológico a ciertas cosas, y seguramente éstos son miedos que tienen una función biológica. Me refiero por ejemplo al miedo a las arañas (muchas de ellas venenosas), o a la oscuridad (donde nos pueden atacar).

Se dice que Doris Day, la actriz americana que personificó la idea del "sueño americano" en sus encantadoras películas de los años cincuenta, tiene un miedo terrible a volar, y que por ello ha dejado de ir a ciertas ceremonias de entrega de premios, que la habrían obligado a coger un avión.



Los trastornos de ansiedad, que es el grupo de enfermedades en el que se incluyen las fobias, suelen empezar en la juventud, y fluctúan a lo largo de la vida, a veces más o menos desapareciendo por completo, con altibajos que a veces coinciden con sucesos significativos en la vida del paciente. En general, se suelen dar más en las mujeres que en los hombres.

La agorafobia es un tipo de ansiedad patológica muy común. La palabra viene del griego, y quiere decir “miedo al mercado”, o sea, a los sitios abiertos y con gente. El agorafóbico, o con más frecuencia la agorafóbica, no sale de casa, donde se encuentra segura. Si sale, seguramente no querrá meterse en un autobús o en el metro. Prefieren viajar en coche, simplemente porque pueden controlarlo ellas mismas, o si no le pueden pedir al conductor que lo pare, lo que no sería posible en un tren. Sin embargo, no les gusta las autopistas, donde es difícil parar. Los aviones son particularmente problemáticos, porque tienen todas las características a temer: van volando muy rápido (lo que parece *contra natura*), no hay escapatoria posible, hacen ruidos raros y se mueven de manera impredecible, y están llenos de gente.

A pesar del significado original de la palabra agorafobia, las personas con este trastorno, si han conseguido salir a la calle, evitarán los espacios cerrados, como por ejemplo los teatros o los cines, sobre todo si tienen mucha gente dentro. Si salir de casa es un problema, viajar también lo es, y permanecer en un sitio cerrado con gente es un desafío, el mantener un empleo o una vida social va a ser casi imposible. Como decíamos antes, las neurosis pueden ser muy incapacitantes.

Cuando la ansiedad aparece de manera espontánea e impredecible, en cualquier situación, y con gran intensidad, se llama Trastorno



torno de Pánico. Durante el ataque de pánico, la enferma (también se da más en mujeres) puede sentir palpitaciones, ahogos, sofocos, sudores, dolores agudos, etc., y sobre todo, un sentimiento de gran angustia, como si fuera a morir de manera inmediata. A veces es difícil distinguir un ataque de pánico de un ataque de angina cardiaca.

El hecho de que los ataques de pánico, a diferencia de las fobias, no están asociados con un objeto o situación específicos, los hace difícil de evitar. El enfermo con trastorno de pánico puede evitar ir en avión, o los sitios cerrados, o las fiestas con mucha gente, pero eso no impedirá necesariamente que sufra un nuevo ataque de pánico, quizá mientras se esté frotando los dientes en el baño. La ansiedad le sobreviene de repente, y la falta de control sobre ella amplifica a su vez el sentimiento de miedo, que acaba alcanzando un nivel altísimo. La agorafobia y el pánico se pueden dar de manera aislada, o en combinación.

La fobia social, que ya mencionamos en el segundo capítulo, se refiere al tipo de ansiedad que ciertas personas sufren en fiestas, reuniones, etc., es decir, durante encuentros principalmente informales y no estructurados. Para el que tiene este problema, salir “de copas” es más amenazador que un mitin en el trabajo, porque en la oficina su papel está bien definido, y está también claro de qué debe hablar y, más o menos, cuándo, mientras que en un bar, uno le puede aburrir a su interlocutor si se descuida, o querer hacer un chiste –sin éxito– y ponerse en ridículo en el intento, etc. Bueno, el lector ya se habrá dado cuenta ya de que esto es lo que siempre se ha llamado *timidez*, y la verdad, yo no creo que haga falta darle otro nombre a estas alturas, o pretender que se trata de una “enfermedad” nueva y específica. Por cierto, decía Henry Kissinger que una ventaja de



ser muy famoso, y tener fama de listo, es que si la conversación con la persona que le había tocado a su lado en una recepción, o en un banquete, se ponía aburrida, el interlocutor siempre pensaba que era culpa suya.

La razón fundamental por la que la “fobia social” es ahora un ente psiquiátrico, a mi pesar, es que ciertos antidepresivos han sido aprobados para su tratamiento, convirtiendo así a la timidez en enfermedad. En este caso, las pastillas existían antes que la enfermedad.

La ansiedad, en otros casos, se manifiesta de un modo generalizado, como un miedo sordo, que se queda en un segundo plano, desde luego mucho menos intenso que el miedo agudo que encontraríamos en un ataque de pánico, pero igualmente problemático, por ser más o menos permanente.

El enfermo con ansiedad generalizada probablemente tiene asimismo problemas digestivos, y respira un poco demasiado rápido. Observa su entorno mucho, como lo haría un animal con miedo a que le aparezca un depredador. Está siempre en tensión y no puede dormir.

La ansiedad se asocia a menudo con otros dos problemas psiquiátricos: la depresión, y el consumo excesivo de alcohol. El alcohol es un “ansiolítico” muy bueno, es decir, neutraliza la ansiedad de manera muy eficaz, pero como ya sabemos, el efecto no es duradero, y acaba creando todavía más ansiedad, así como otros problemas añadidos. Su mecanismo de acción se basa en la supresión de los circuitos cerebrales de “castigo”, evitando así la desagradable sensación de aprensión que uno tiene cuando está ansioso. Las benzodiazepinas (tranquilizantes “menores” y pastillas para dormir) actúan de manera parecida.



La depresión y la ansiedad se suelen dar juntas casi siempre, al menos en cierta medida, tanto es así que muchas veces sería un empeño puramente académico el intentar establecer si el caso en cuestión se trata de una depresión “primaria”, complicada por síntomas de ansiedad, o al contrario. Desde el punto de vista del tratamiento, tampoco importa gran cosa, porque la depresión y la ansiedad se tratan de manera relativamente parecida. Los antidepresivos se usan en tanto una como otra, mientras que la Terapia Cognitivo-Conductista también suele ser un componente importante en el tratamiento de ambos trastornos.

Cuando creemos que el problema es sobre todo una cuestión de ansiedad (más que de depresión), usaremos dosis más altas de antidepresivos del tipo “ISRS”¹ (como el Prozac®, por ejemplo), pero si escogiéramos un antidepresivo más antiguo, del grupo de los “tricíclicos” (como la amitriptilina), las dosis serían seguramente bastante más bajas que las que usaríamos en la depresión.

* * *

La Neurosis Obsesivo-Compulsiva también tiene que ver con la sensación de ansiedad, aunque la psicopatología de este trastorno es más extraña, y es más difícil de entender para el que no lo sufre. Cuando es muy marcada, cuesta diferenciarla de las psicosis, por ser algo tan alejado de la experiencia normal.

Decíamos antes que los rituales obsesivos en períodos de estrés son muy comunes, y que las neurosis, la obsesiva incluida, se pueden entender desde un punto de vista dimensional. Sin embargo, cuando los rituales y los otros síntomas obsesivos alcanzan una intensidad claramente patológica, el fenómeno obsesivo

1. Que estimulan la conducción mediada por el neurotransmisor llamado Serotonina en el cerebro.



parece más distante de la normalidad, más cercano a la *locura*, que otros desórdenes neuróticos.

El obsesivo es dado a sentir que sus acciones son “incompletas”, nunca rematadas de manera definitiva. También le preocupa la limpieza, y necesita seguir rituales muy rígidos para evitar la ansiedad.

Según Freud, la neurosis obsesiva representa una fijación pre-genital en el desarrollo psicológico del individuo, que se queda atascado en el estadio previo, el anal. De ahí la expresión, más bien americana, de llamar “anal” a alguien que es muy metódico y ordenado.

La Neurosis Obsesivo-Compulsiva puede tener los dos componentes, las obsesiones y las compulsiones, o sólo uno de ellos. Las obsesiones son pensamientos intrusos, que el sujeto reconoce como absurdos, pero *suyos* (a diferencia de lo que pasa en la esquizofrenia, en la que el enfermo suele creer que sus pensamientos raros, y también intrusos, le han sido implantados por alguien o algo externo a él).

Un ejemplo de pensamiento obsesivo sería el siguiente: “Mi familia va morir en un accidente, a menos que cuente hasta treinta; uno, dos, tres...”. Cinco minutos después, el mismo ritual se repite: “uno, dos, tres...”. Una obsesión muy frecuente es la de la madre que piensa que le va a atacar a su bebé, o la de la persona religiosa que piensa repetidamente que va a gritar una obscenidad durante la Consagración en Misa. Las obsesiones pueden ser meras repeticiones de palabras en la cabeza, o un trozo de canción, quizá parte de una pequeña melodía pegajosa, que uno oyó en un programa infantil de televisión.



Las compulsiones son acciones que el enfermo debe llevar a cabo para reducir su ansiedad. La compulsión más frecuente es la de lavarse la manos repetidamente, para así evitar contaminarse con gérmenes. Este paciente obsesivo se lavará las manos con tanta frecuencia, quizá incluso con detergentes o sustancias cáusticas, que acabará abriéndose llagas. Sin embargo, el mismo sujeto puede llevar a cabo los rituales más interminables que uno pueda imaginar para limpiarse las manos, y a la vez vivir en una casa desordenadísima, con una cocina muy sucia. No hay mucha lógica en la neurosis obsesiva.

Hay casos, como el del que tiene que contar hasta treinta para que su familia no muera en un accidente, en los que el ritual obsesivo no tiene nada que ver con el objeto de la ansiedad, y el enfermo lo sabe. Esto muestra otra característica de la psicología obsesiva: el pensamiento mágico. Lo curioso es que el paciente obsesivo, a diferencia del psicótico, se da cuenta de que es absurdo que su mente conecte el contar hasta treinta con que su familia no vaya a estrellarse en la autopista, pero si resiste el ritual, que lo intentará, su ansiedad crecerá, hasta hacerse insufrible.

Los rituales obsesivos pueden hacerse terriblemente complicados, hasta llegar a incapacitar al enfermo totalmente. Un aparejador de mediana edad se levanta de la cama a las cuatro y media de la mañana, para poder así completar todos sus rituales de limpieza y llegar al trabajo a tiempo. También tiene que repetir frases en su cabeza cada treinta segundos, y no debe pasar por el umbral de una puerta en su piso mientras piensa las frases "mágicas". Llega al trabajo agotado, y todavía ansioso porque cree que no ha cumplido sus rituales de manera exacta; quizá sí pensó una de sus frases mágicas mientras pasaba por una puer-



ta... y lo que es peor, adelantó a una bicicleta con su coche mientras conducía al trabajo, pero no recuerda haber mirado por el retrovisor después para asegurarse de que no había atropellado al ciclista. Tendrá que inventar una excusa para volver allí ahora mismo. Una vez allí, no ve al ciclista herido, o signos de un accidente, pero eso no quiere decir que el accidente no haya ocurrido, claro. Habrá que llamar a la policía y al servicio de ambulancias para tratar de cerciorarse, aunque eso tampoco le dará la certeza que necesita. Este pobre aparejador, que siempre ha tenido este tipo de problemas, exacerbados desde la reciente muerte de su madre, con quien vivía, y de cuya muerte todavía se culpa un poco –por no haber intentado un “boca a boca” cuando dio su último estertor– (a los noventa y siete años), nunca ha conseguido mantener una relación, y ahora va a perder su trabajo. No es de extrañar que esté muy deprimido.

Una secretaria de veintisiete años está trabajando en el ministerio de defensa, como asistente de un oficial de muy alto rango, mientras se planea la invasión de Irak. Siempre ha sido perfeccionista y meticulosa, y en tiempos de estrés psicológico, tiene que asegurarse cinco o seis veces todas las mañanas de que ha cerrado su casa con llave. Ahora, se ve a obligada a manejar documentos secretos, algunos de los cuales contienen descripciones de las estrategias militares a seguir en el primer día de la invasión. Le da miedo el poder dejar un documento donde no debiera, y que así llegue a caer en manos de un espía. Por esto, siente la necesidad de comprobar que ha procesado cada documento de manera apropiada muchas decenas de veces. A la vez, ahora tiene que asegurarse de que ha cerrado la puerta de su casa, no cinco o seis veces, como antes, sino veinte o treinta veces.



Comentábamos en el capítulo sobre la personalidad que existe la personalidad obsesiva, caracterizada por la rigidez, la tendencia al orden, y el perfeccionismo. El individuo con una personalidad obsesiva puede desarrollar una neurosis obsesiva, con pensamientos obsesivos y rituales patológicos, o no. De la misma manera, alguien con una personalidad esquizoide (raro y frío emocionalmente) puede, o no, desarrollar un cuadro esquizofrénico. Sin embargo, el problema psiquiátrico que más comúnmente complica las personalidades anormales no es el que parece que les debería corresponder (la neurosis obsesiva al obsesivo, la esquizofrenia al esquizoide, la histeria al histriónico o teatral); no, lo más común, como siempre, es la depresión.

Un personaje famoso que sufrió síntomas aparentemente obsesivos fue Howard Hughes, el famoso piloto y productor cinematográfico, en cuya vida está basada la película dirigida por Martin Scorsese, *El aviador*. El señor Hughes fue un *playboy* de muchísimo renombre en su día. Se le veía regularmente en la compañía de los personajes más esplendorosos de la época, tales como Ava Gardner, o Katherine Hepburn. Era riquísimo y muy ingenioso. Tampoco era feo. Diseñó aviones, e hizo películas muy famosas. También batió records volando, y como decíamos, salió con las chicas más deseables del momento, así que tenía muchas razones para figurar en la prensa del corazón. Pero tenía un rasgo en su personalidad que uno no asociaría con la imagen de un *playboy*: le preocupaba la idea de contaminarse con gérmenes, lo que más tarde en su vida llegó a alcanzar dimensiones muy patológicas. Lo curioso de Hughes es que era tan rico que podía contratar a otros para que llevaran a cabo sus rituales obsesivos, que consistían principalmente en manejar sus utensilios de comer y del baño con un cierto número de pañuelos de papel, para evitar así contaminarse con



microbios. A pesar de esto, Hughes no se lavaba y no se cortaba el pelo o las uñas durante su enfermedad, en una contradicción típica de la neurosis obsesiva. También era muy celoso, lo que no es muy buena idea cuando uno está saliendo con estrellas del cine, que no son las personas más renombradas por su fidelidad.

David Beckham, el famoso futbolista del Manchester United y más tarde del Real Madrid, ha confesado recientemente en una entrevista que sufre esta neurosis, o por lo menos rasgos de ella. Beckham dice que tiene la necesidad de alinear los contenidos de su frigorífico de manera completamente simétrica y perfecta, y que le molestan los números impares. Es éste un buen ejemplo de cómo el perfeccionismo y la precisión se asocian con el gusto por la simetría y el orden. El hecho de que alguien tan conocido y admirado como Beckham haya hablado en público de sus tendencias obsesivas animará a otros a que consulten sus síntomas con su médico, y es por tanto una cosa por la que se le debe felicitar.

Hay ciertos fenómenos que están asociados con la neurosis obsesiva. Veremos más adelante en el libro que la persona autista suele ser muy obsesiva. A veces la esquizofrenia también se presenta con rituales obsesivos. Las víctimas de la encefalitis letárgica pueden sufrir esta neurosis. Un problema específico y curioso, que a veces tienen los obsesivos, es lo que se llama "tricolomanía", que es el manosearse y arrancarse pelos de la cabeza por placer.

La neurosis obsesiva, como las otras neurosis, suele empezar en la juventud y seguir un curso fluctuante. El tratamiento es muy parecido, en cierta manera, al de los otros desórdenes de ansiedad: antidepresivos y terapia cognitiva-conductista (también se usan otros tipos de psicoterapia). Hay un antidepresivo que se ha usado mucho en la neurosis obsesiva, que se llama Clomipramina, pero



otros antidepresivos, más nuevos, como la Sertralina, etc. (ISRSs), son comparablemente efectivos. Este es un problema esencialmente tratable, así que es una pena que muchos lo sufran en silencio.

* * *

Los problemas psicósomáticos se refieren al área de intersección entre la psique y el cuerpo (soma). Es ésta una parte de la psiquiatría que es muy complicada, la verdad, porque estos dos entes se relacionan de muchas y muy complejas maneras. Empecemos con la histeria, que es muy vistosa.

Se puede decir que la Histeria contribuyó a inventar la psiquiatría, a pesar de que este diagnóstico ya no se estile mucho. Todavía existe, claro, pero se le suele aplicar el nombre de alguna de sus sub-divisiones, como el Trastorno de Conversión, o el Trastorno Disociativo. La palabra histeria viene del griego, y se refiere al útero, porque en la antigüedad, viendo que se daba más en mujeres, se pensaba que tenía algo que ver con ese órgano. Con lo que no tiene nada que ver es con el concepto coloquial de “ponerse histérica”: perder el control, hacer aspavientos, etc. El pionero del estudio de la histeria fue Charcot, en París, a finales del siglo XIX. Freud fue su discípulo, y fue él, junto con Josef Breuer, quienes postularon que la histeria era un problema enteramente psicológico, con su famoso estudio de “Anna O”, pseudónimo de Bertha Pappenheim.

Bertha era una chica de veintiún años, Vienesa, judía, bien educada, y de buena familia. Los síntomas de su enfermedad incluían una parálisis intermitente en un brazo, y después en otras partes del cuerpo, así como sonambulismo y problemas de visión. Los síntomas se le acentuaron con la muerte de su padre, a quien había cuidado durante su enfermedad. Un día estaba Bertha al lado de su padre, cuando se quedó medio dormida en una silla, y en su duerme-vela



vio una serpiente que se acercaba a la cama de su padre. Berta intentó salvarle, espantando a la serpiente, pero no pudo, porque el brazo derecho se le había quedado dormido durante la siesta. Después de este incidente, que a ella le resultó muy traumático, cada vez que veía algo que se parecía a una serpiente, como la rama de un árbol, el brazo derecho se le quedaba rígido e inmóvil. A Bertha se le curó su histeria a través de un proceso de *catarsis*², facilitado por Breuer, que fue quien relató más tarde el caso de Anna O. Breuer nos asegura que Anna O se curó, pero se dice que el psicoanálisis no le dejó a Berta muy buen sabor de boca. De cualquier manera, tuvo una vida muy activa y muy completa. Fundó una sociedad para la protección y la educación de mujeres y huérfanos, y viajó extensamente, ayudando a prostitutas y defendiendo los derechos de la mujer. Llegó a haber un sello de correos en Alemania con su retrato, celebrando su contribución a la promoción de los derechos de la mujer. No deja de ser irónico que la “histérica” más famosa de la historia (con lo que la palabra conlleva de negativo y de *femenino*) fuera también una de las primeras feministas. Por otra parte, se podría decir que no es coincidencia, ya que la función de una histeria de conversión, como la que padeció Bertha, en una mujer que se encuentra en un entorno que le oprime, como habría sido común en el siglo XIX, puede ser precisamente el dar a la enferma un pequeño refugio donde ella sí tiene poder, y los hombres que la rodean no lo tienen. El hecho de que años más tarde Bertha demostrara tener una personalidad muy fuerte y emprendedora, y que nunca se casara, sugiere que su histeria de juventud tuvo una función de válvula de escape en un entorno adverso para una mujer independiente.

2. Catarsis, o Abreacción, es la apertura del “absceso psicológico”. Hablaremos de esto en más detalle en el capítulo dedicado a la psicoterapia.



Lo que tenía Bertha era un Trastorno de Conversión, en el que el trauma psicológico se *convierte* en un síntoma físico con valor simbólico. Una cosa fundamental en los trastornos de conversión es que el conflicto es inconsciente, y que el paciente, en el caso –por ejemplo– de una parálisis histérica, cree de verdad que no puede mover su miembro. En la Primera Guerra Mundial, algunos soldados en las trincheras desarrollaban parálisis en el brazo derecho, no pudiendo así disparar su fusil. En este caso, la parálisis conseguía que le sacaran a uno de la trinchera, y que le mandaran al hospital, o incluso a casa.

El Síndrome de Ganser, en el que el conflicto psicológico no se convierte en un síntoma físico, sino en una pseudo-locura, el enfermo reproduce de manera inconsciente la idea que él tiene de la locura. Él cree que se ha vuelto loco (que según como se mire, puede que sí...) y actúa como él piensa que actúan los locos. Mucha gente piensa que los locos dan respuestas equivocadas a preguntas muy básicas (por lo de “perder la razón”), así que a la pregunta de “cuántas patas tiene un caballo”, este paciente responderá diciendo “tres”, o “cinco”. De ahí que a este síndrome, que por cierto, es muy raro, también se le llame el de las respuestas aproximadas.

La “*Belle Indifférence*”³ es la curiosa apatía que presentan los pacientes histéricos, que parece incongruente con la seriedad de su problema. Si el síntoma físico está cumpliendo una función para el paciente, incluso si él no es consciente de ello, parece lógico que no le moleste. Pero la *belle indifférence* no es necesaria para el diagnóstico, ni específica de la histeria. Hay por ejemplo víctimas de infartos cerebrales a quienes no parece importarles

3. Se dice en francés porque fue Charcot quien acuñó la expresión.



sus parálisis, porque tienen “*anosognosia*”, es decir, una incapacidad de darse cuenta de lo que les ha pasado, porque la parte del cerebro que se encarga de darse cuenta de estas cosas también ha muerto como resultado del infarto.

En el Trastorno Disociativo, el “yo” del paciente se separa o desdobra inconscientemente, también como un modo de escape de algún conflicto psicológico irresoluble. Hay varias modalidades de trastornos disociativos. En las Fugas histéricas, que pertenecen a este grupo, el enfermo desaparece por un tiempo, y vaga por las calles de la ciudad en un estado de aparente perplejidad, sin ser capaz de recordar su propia identidad. La Amnesia histérica es un fenómeno parecido. La Doble Personalidad, a la que ya nos referíamos en el comienzo del libro, y que volveremos a nombrar en el capítulo dedicado a la psiquiatría en la ficción, también es un Trastorno Disociativo. Yo nunca he visto un caso de Doble Personalidad; las histerias en general son raras hoy en día, y la “doble personalidad” más rara aún, si es que existe.

La histeria parece darse con más frecuencia, y en formas más puras, en entornos en los que los niveles de educación no son muy altos, y en personas que no pueden o saben cómo expresar un malestar psicológico. Por esto, ocurría más en el siglo XIX que ahora, y hoy en día se da más en las economías de subsistencia en el Tercer Mundo que en los países desarrollados.

Los antiguos pensaban que la Hipocondriasis estaba relacionada con los órganos que se encuentran debajo de las costillas, que es lo que la palabra hipocondriasis quiere decir precisamente. El paciente hipocondríaco está convencido de que tiene una, o varias, enfermedades serias, incluso cuando todas las pruebas le salen negativas.



A veces, el síntoma físico ocupa el lugar de la queja psicológica en un cuadro depresivo. Cuando ocurre esto, se dice que el síntoma físico es un “equivalente depresivo”.

* * *

Ya hablamos de la Neurastenia en el capítulo sobre la historia de la psiquiatría. Recordará el lector que la Neurastenia, o cansancio de los nervios, que es lo que la palabra quiere decir, fue un diagnóstico popular en el siglo XIX, y que se atribuía entonces a los estreses y cambios de la vida moderna, tales como la máquina de vapor, o el feminismo. Hoy en día, la neurastenia se llama Síndrome de Fatiga Crónico. Éste es un estado de cansancio continuo, acompañado de dolores en las articulaciones y otros síntomas físicos no muy bien definidos. Como en la neurastenia del siglo XIX, el síndrome actual se ha relacionado con la velocidad de la vida moderna. Afecta con más frecuencia a gente que es normalmente muy activa y emprendedora, y es una de las pocas entidades en la psiquiatría que parece darse más en las clases acomodadas que en las clases bajas. La razón de esta diferencia social puede ser que un enfermo bien informado y que se exprese bien seguramente prefiera un diagnóstico como éste, con un nombre que implica que el paciente trabaja demasiado, en vez de un diagnóstico de depresión, que es más corriente, y que parece conllevar un elemento de debilidad, de falta de fortaleza (injustamente, claro).

El Síndrome de Fatiga Crónico se trata con un programa de actividad que se incrementa de manera muy gradual, así como antidepresivos.

* * *

La Dismorfofobia es una preocupación exagerada respecto a un rasgo físico propio, que objetivamente suele ser más o menos



normal, pero que el paciente ve como monstruoso. Por ejemplo, piensa que tiene una nariz enorme –cuando es más bien normal– y que todo el mundo le mira por la calle, maravillándose de sus proporciones nasales. El pelo, la piel, o los pechos, suelen ser otros motivos de preocupación frecuentes en los que tienen este problema. Lógicamente, se hacen cirugía estética, pero eso no les ayuda, porque su problema era más psicológico que físico, y la nariz operada quizá no sea mucho más bonita que la de antes de la operación, que de cualquier manera no estaba mal.

* * *

Hemos visto en este capítulo cómo le podemos tener miedo al mundo, sublimar ese miedo con rituales mágicos, convertir traumas en síntomas físicos, dissociarnos de la realidad, agotarnos, y obsesionarnos con el aspecto de nuestra nariz, aunque seguramente no en ese orden. Las neurosis y los problemas psicosomáticos toman muchas formas distintas, a veces casi caprichosas, y siempre penosas.



9

SÍNDROMES RAROS Y CURIOSOS

Los síndromes raros ayudan a ilustrar la complejidad de la mente humana. Hay que empezar por decir que *todos* los problemas psicológicos son raros. Me explico: no existe una presentación universal de la depresión, o de la esquizofrenia. Cada individuo, tenga la procedencia que tenga, o el nivel de inteligencia que le haya dado Dios, desarrolla su problema de manera completamente idiosincrásica, y por lo tanto, rara. Si el lector está contemplando la posibilidad de hacerse psiquiatra, yo le diría que la variedad es la atracción más seductora en esta carrera, el que uno nunca se aburre, porque todo el mundo es diferente, y sorprendente.

Procederemos ahora a comentar ciertos síndromes que uno ve de vez en cuando, no tan a menudo como otros cuadros más corrientes, pero sí con suficiente frecuencia como para merecer mención específica.

* * *

En el Síndrome de Capgras, o de los dobles, el enfermo cree que una persona conocida y cercana, normalmente su marido o mujer,



ha sido reemplazada por un doble de aspecto idéntico al de la persona original. Suele pasar en el contexto de una esquizofrenia, o paranoia delirante, pero también puede ocurrir en un cuadro orgánico, es decir, en casos de daño cerebral o demencia. El tratamiento será aquél que fuera oportuno para la enfermedad subyacente. Además, habrá que apoyar psicológicamente al pobre marido o mujer, a quien el paciente acusa de ser un impostor.

* * *

En la Erotomanía, o Síndrome de De Clérambault –como también se le llama–, la enferma (se da más en mujeres) desarrolla espontáneamente la convicción de que un cierto hombre está enamorado de ella. Este hombre suele tener un estatus social más alto que el de ella.

Una mujer de mediana edad y clase trabajadora se convence de que su médico de cabecera la adora y desea eróticamente. Decide poner las cartas sobre la mesa durante una consulta en el centro de salud. Unos minutos antes, él ha tenido que auscultarle el pecho –ella dijo que estaba tosiendo mucho–, y la proximidad física ha creado una tensión irresistible, o eso creyó ella. El médico se queda estupefacto al oír la confesión de amor. Por unos segundos, no dice nada. Está pensando que debería haberle pedido a la enfermera que estuviera presente durante la auscultación; no lo hizo porque sabía que la enfermera estaba muy ocupada. Pero ya sabía que esta señora es un poco rara, y debería haber previsto una cosa así. Lo que ahora le asusta es que le denuncie, diciendo que la ha acosado sexualmente... cuando él le dice a la erotómana que no le quiere, y que lo siente si alguna vez le ha dado pie a pensar que sí lo hace, ella se sorprende, y su rechazo le duele, pero pronto se convencerá de que el anormal es él, y de que no merece su amor, sino su odio. Esta es la erotomanía “pura”, la que se da sola. Con más frecuencia,



aparece como parte del sistema delirante de un cuadro de esquizofrenia o manía.

* * *

En el Síndrome de Münchhausen, el paciente aparece en Urgencias en diferentes hospitales con mucha asiduidad, y relata síntomas ficticios muy serios de enfermedades que en realidad no tiene. El nombre se refiere al Barón Münchhausen, personaje de ficción del siglo XVIII, que contaba historias fantásticas y poco creíbles. Resulta muy difícil simpatizar con estos individuos. No sólo resulta muy irritante que alguien a quien no le pasa nada se empeñe en perder el tiempo del personal de guardia en los hospitales, sino que además cuesta entender por qué lo hacen. Indudablemente, uno recibe atención y cuidado en los hospitales, que debe ser lo que motiva a estos pacientes, pero el hecho de que estén dispuestos a fingir enfermedades serias para recibir esa atención, además de someterse a intervenciones dolorosas y desagradables, demuestra que tienen una personalidad muy dañada. La parte del cuerpo en la que más pretenden tener dolores y síntomas es el abdomen. Son muy mentirosos, no sólo respecto a su salud, sino también en todos los demás ámbitos.

* * *

Se usa la expresión francesa "*Folie à Deux*" para describir una situación en la que la misma locura afecta a dos personas que viven juntas. Si son más de dos, se llama "*Folie à Plusieurs*". Normalmente, una de las dos personas en la *folie à deux* tiene un papel dominante, y es la que genera las creencias delirantes, que suelen tener un cariz de persecución. La otra persona, más sumisa, se cree los delirios de la primera como si fueran suyos, y los interioriza. Ambas defenderán su paranoia, por ejemplo de cara al psiquiatra, con fervor equiparable. Se suele recomendar el tratar a la persona dominante



primero, porque con un poco de suerte, cuando ésta sane, la otra mejorará espontáneamente, al no tener quién le reafirme su locura.

Él es un funcionario de trato aparentemente afable, pero que tiene la tendencia a enfadarse con la gente fácilmente. Tiene una pierna más corta que la otra, lo que siempre le ha hecho sentirse desaventajado. No le cuesta hacer amigos, pero le cuesta incluso menos perderlos. Su mujer es tímida y apocada. Ella no pierde amigos, pero tampoco los hace. Él sigue una rutina bastante estricta, que incluye una breve charla con el cartero todas las mañanas, cuando éste se acerca a la casa con su bolsa llena de cartas. La charla es muy corta, y se limita a temas como el tiempo, o lo último que ha pasado en el mundo. Un día el cartero no para a charlar. Dice que tiene prisa. El día siguiente otra persona reparte las cartas. Nuestro funcionario interpreta esto como evidencia de que el cartero anterior está cansado de la amistad de un minusválido. También sospecha que le ha hablado de él al nuevo cartero, que parece mirarle con desprecio. Quizá ha hablado con los vecinos. Quizá le ha hablado a la policía de sus ideas marxistas...

Su mujer siempre se siente tensa cuando va a hacer la compra, como si la gente en el supermercado supiera que ella no sabría qué decir si tuviera que entablar una conversación. Cuando su marido le habla del cartero, y de sus sospechas respecto a los vecinos y la policía, el miedo vago que llevaba dentro toma de repente una forma mejor definida. Lo que su marido le dice tiene sentido, y además –ella piensa– él siempre ha entendido estas cosas mucho mejor que ella. Así se establece una *folie à deux*, en la que la prioridad será el tratarle a él, en la esperanza de que la paranoia de ella desaparezca más tarde de manera espontánea.

* * *



El Síndrome de Cotard es el síndrome del nihilismo, en el que el paciente cree que él no existe, o que partes de su cuerpo no existen, o que el mundo no existe. Puede tener alucinaciones de olor a podrido, que le demuestran que se está descomponiendo por dentro. Se suele acompañar de negativismo, que quiere decir que el enfermo se niega a hacer cosas, como comer o hablar, o que contesta preguntas de manera sistemática con un “no” o “no sé”. El Síndrome de Cotard se da sobre todo en la depresión, que se debería definir como grave, si aparecen este tipo de síntomas. Lógicamente, el tratamiento será el de la depresión.

* * *

Gilles de la Tourette describió el síndrome que lleva su nombre, caracterizado por tics, sobre todo en la cara, y lo que se llama “coprolalia”, que es la compulsión difícilmente controlable de decir palabrotas en situaciones sociales donde los tacos son inaceptables. También repiten la última palabra que dice su interlocutor, lo que se llama “ecolalia”, o gestos (“ecopraxia”). Empieza en la juventud, y se da mucho más en los chicos que en las chicas. Su inteligencia a veces no está completamente desarrollada, y son dados a tener compulsiones, que les puede crear más problemas que los tics o las palabrotas.

Un chico de dieciocho años llega a la consulta del psiquiatra con su padre. La carta del médico de cabecera dice que es antisocial, que tiene problemas en el centro de formación profesional, donde no parece poder progresar, y que la policía le ha detenido varias veces por meterse con chicas en la calle. En realidad, lo que pasa es que no para de gritar palabrotas cada vez que el profesor trata de hablar en el centro de formación profesional, y que tiene la compulsión de estirar el pelo de cada chica que ve en la calle. Nada más grave que eso, pero ellas lógicamente se alarman si se les acerca un hombre gritando obscenidades y les agarra del pelo. Este chico tiene Gilles



de la Tourette. Se trata con antipsicóticos, como los que se usan en la esquizofrenia, que parecen disminuir las compulsiones, y con terapia conductista.

* * *

La Enfermedad de Parkinson tiene a veces un síndrome asociado que resulta muy interesante para el que quiera entender el funcionamiento de los mecanismos del gozo en el cerebro. Se trata del Síndrome Hedonístico, en el que el enfermo de Parkinson toma cantidades crecientes de medicación anti-parkinsoniana, no porque la necesite, sino porque la dopamina le produce placer, que se expresa en una especie de cuadro maniaco, producido por la estimulación del sistema límbico, que es el área del cerebro, como el lector quizá recuerde, que gobierna las emociones y el placer.

* * *

Diógenes era un filósofo griego, que vivió en el siglo IV antes de Cristo. A Diógenes le gustaba la austeridad, y despreciaba los placeres terrenales, aunque incongruentemente, no le hacía ascos a la masturbación. Vivía dentro de un barril, sin posesiones de ningún tipo. Era uno de estos individuos muy sabios, que siempre se ponen a sí mismos en un plano moral más alto que los demás, diciendo sentencias muy profundas cada poco tiempo. Se dice que fue el primero en usar la palabra *cosmopolita* (que quiere decir textualmente ciudadano del mundo) para describirse a sí mismo. Pues bien, hay personas que viven casi como Diógenes, no en un barril, pero sí en casas en las que no hay nada, no por pobreza, o por razones de superioridad moral, sino por descuido general. A veces tienen demencia, pero no siempre es así. Esto se llama el Síndrome de Diógenes. Hay un subtipo en este síndrome, que es el que también se descuida a sí mismo y a su entorno, pero esta vez con el comportamiento opuesto, es decir, almacenando basura. En



cierta ocasión, intenté entrar en la casa de una persona con este subtipo de Diógenes. Digo *intenté* porque no pude entrar. La casa estaba *literalmente* llena de material de fontanería viejo y sin valor, primero y segundo piso, y jardín. El dueño estaba de pie cerca de la entrada. No podía sentarse. No había sitio.

* * *

El Síndrome del Aeropuerto fue descrito por Miller y Zarcone en 1968. Estos autores habían visto varios individuos con enfermedades psicóticas, que se encontraban vagando por el aeropuerto de San Francisco. Algunos volvían al aeropuerto si se les mandaba a casa. Hay enfermos de esquizofrenia que parecen querer estar donde hay mucha gente, en un aeropuerto por ejemplo, o sentados en la acera en la calle, donde se sienten más seguros. Una proporción alta de la gente que vive en la calle tiene problemas psiquiátricos, con frecuencia esquizofrenia o alcoholismo, y a veces las dos cosas. Entre ellos hay subtipos interesantes, como por ejemplo, un cierto tipo de mujer que en Inglés se llama "*bag-lady*", refiriéndose al hecho de que llevan bolsas, o carros de compra, llenos de harapos y cosas sin valor. Estas personas tienden a concentrarse en el centro de las grandes ciudades, en las zonas más bulliciosas, quizá en la Puerta del Sol en Madrid, o en el West End en Londres.

* * *

Quizá mediado por mecanismos parecidos, el Síndrome de Jerusalén afecta a cristianos fervorosos, cuando viajan a esta ciudad santa. La sufren con más frecuencia los protestantes que los católicos. Se da a veces en peregrinos o turistas sugestionables, que se sienten abrumados emocionalmente por la intensidad escénica de Jerusalén, que les hace vivir los pasajes del Evangelio de manera muy inmediata. Poseído por estas emociones, el individuo se viste con una túnica blanca (las sábanas del hotel), empieza a predicar



en las esquinas, y a hablar en lenguas. Otras veces, una persona con una enfermedad psicótica ya existente se descompensa al viajar a Jerusalén. Los síntomas del síndrome suelen ser pasajeros, por lo menos cuando no hay una esquizofrenia crónica subyacente. Hay que tener en cuenta sin embargo que lo que es locura para unos, es simplemente pasión religiosa para otros. Según un psiquiatra de Jerusalén llamado Bar-El, este síndrome afecta a unas cien personas cada año, cuarenta de las cuales requieren ingreso en una sala psiquiátrica.

* * *

A Stendhal, el escritor francés del siglo XIX, le gustaba mucho Florencia, pero también le ponía triste, precisamente por su belleza. Por esto, se le ha dado el nombre de Síndrome de Stendhal¹ a la melancolía y otros sufrimientos psicológicos que le pueden invadir a una persona al exponerse a la belleza renacentista de Florencia, sobre todo cuando esta persona está viajando sola, y seguramente se sentiría un poco triste en cualquier sitio, la verdad.

* * *

No hay un tema común que compartan todos estos síndromes, salvo el hecho de que son todos raros y curiosos, como nosotros.

1. Descrito por Magherini en 1992.



10

LA LOCURA EN EL CINE Y LA FICCIÓN

Como uno se puede imaginar, el cine y la literatura de ficción no ofrecen una visión de las enfermedades mentales exhaustiva y fiable. En general, la ficción se tiende a concentrar en la psicopatía, porque es muy sencilla –el psicópata es simplemente un tipo muy malo– y brinda posibilidades dramáticas muy fáciles de explotar. El psicópata de película da mucho miedo porque el espectador sabe que a este personaje le gusta hacer cosas muy desagradables porque sí. A veces, el psicópata sí tiene una razón para sus maldades, como en la película *El cabo del Terror*¹, en la que el malo se quiere vengar del abogado que le defendió mal –a propósito– en su juicio por violación muchos años antes, pero su venganza es retorcida y sádica.

Varias de las enfermedades mentales más importantes, como por ejemplo la esquizofrenia, están casi totalmente excluidas de

1. Hay dos versiones: Una dirigida por J. Lee Thompson en 1962, y la otra por Scorsese en 1991.



la ficción, y cuando aparecen, se muestran de manera distorsionada. La razón es que la esquizofrenia real no se presta mucho a ser interpretada desde un punto de vista dramático. Además, pocos la conocen bien. El esquizofrénico suele tener una vida, por desgracia, más limitada, y en cierta manera menos “dramática” de lo normal, porque no suele tener pareja ni trabajo, ni la capacidad de relacionarse con el mundo de una manera que los demás podamos reconocer, y con la que nos podamos identificar. Me refiero al esquizofrénico real y crónico, no a los cuadros mixtos, que pueden ser más depresivos o maníacos que otra cosa, o a las enfermedades paranoides pasajeras.

El esquizofrénico de película suele ser o bien un genio, como en *Una mente maravillosa*², o alguien con doble personalidad, como en la comedia *Yo, yo mismo, e Irene*³. La esquizofrenia de *Una mente maravillosa* es una esquizofrenia bonita, atractiva, pero muy poco representativa. En esta película, inspirada en la biografía de John Nash –un matemático que ganó el Premio Nobel de Economía– la esquizofrenia del protagonista coexiste con su genio para las matemáticas, y la película le conduce al espectador a pensar que la psicosis de Nash está íntimamente ligada a su genio. De hecho, el relato hace uso de una licencia artística considerable. La vida de Nash en realidad ha sido bastante menos romántica que lo que ve uno en la película, y su psicosis fue de hecho un obstáculo para su capacidad creativa.

Ya hemos dicho en otras partes del libro que la esquizofrenia no tiene nada que ver con la doble personalidad, que de existir, es un fenómeno relacionado con la histeria, pero no deja de ser

2. Ron Howard, 2001.

3. Peter y Bobby Farrelly, 2000.



curioso que este malentendido siga vigente, y que la doble personalidad aparezca en los trabajos de ficción con más asiduidad que otros problemas psiquiátricos infinitamente más comunes. En *Las tres caras de Eva*⁴ –basada en una historia real– la modesta ama de casa interpretada por Joanne Woodward desarrolla a lo largo de la película un total de tres personalidades distintas: la ya mencionada apocada ama de casa, otra mujer mucho más sexual y peligrosa –que frecuenta clubs nocturnos–, y finalmente, una señora inteligente y sofisticada. Acaba bien, lo que en la vida real sería difícil de imaginar. Hay en el relato un trauma original, que como veremos, es un factor que aparece con frecuencia en las películas de temas psicológicos de aquella época.

*El estrangulador de Boston*⁵ es otro relato de personalidad múltiple. Un hombre llamado Albert DeSalvo confesó haber estrangulado once mujeres respetables en Boston al comienzo de los años sesenta, aunque nunca se ha conseguido determinar con total certeza si de verdad las estranguló o no. Se le metió en la cárcel, pero por crímenes diferentes. En la película, DeSalvo es un Jekyll y Hyde, que asesina cuando está en su “fase Hyde”. En la vida real, nunca se pensó que DeSalvo tuviera más de una personalidad, así que este aspecto tan crucial del relato es en realidad ficticio. DeSalvo acabó asesinado dentro de la cárcel.

Hablando de Jekyll y Hyde, no cabe duda de que esta novela ha inspirado muchos otros relatos en los que el protagonista tiene más de una personalidad. En la novela de Louis Stevenson (*El extraño caso del Dr Jekyll y Mr. Hyde*), publicada por primera vez en 1886 y situada en Londres, Dr Jekyll, un hombre con toda

4. Nunnally Johnson, 1957.

5. Richard Fleischer, 1968.



la respetabilidad que uno pudiera desear, se convierte en Mr. Hyde cada vez que bebe la pócima que Dr Jekyll ha inventado para satisfacer su curiosidad científica acerca de la posibilidad de separar los componentes morales buenos y malos de una persona, él mismo en este caso. Mr. Hyde es un rufián muy desagradable, exactamente opuesto en calidades morales al Dr. Jekyll. Hyde acaba asesinando a un parlamentario, y Jekyll se da cuenta de que tiene que abortar su experimento. Pero quizá sea demasiado tarde... En un contexto tan obsesionado con la moralidad como era el caso de la Inglaterra de aquella época, no es de extrañar que la diferencia principal entre las personalidades de Jekyll y Hyde fuera un asunto de moralidad; sí que es curioso sin embargo que éste siga siendo el caso en relatos posteriores con el mismos tema, como en *Las tres caras de Eva*, o *El estrangulador de Boston*.

Psicosis ⁶ es seguramente la película más famosa de Alfred Hitchcock. Anthony Perkins interpreta el dueño del Bates Motel, y de la casa adyacente, donde Bates vive con su madre... o eso cree el espectador. En realidad, Bates ha interiorizado a su madre muerta, y expresa esta personalidad adquirida de manera intermitente, por ejemplo cuando hace falta asesinar a una chica que haya dado a parar en el motel. Este personaje entra de lleno en el mito de la doble personalidad, y de manera más amplia, el del problema psicológico muy gordo creado por un trauma original, o en cualquier caso, por una causa única, que en este caso era la madre posesiva y cruel. En la vida real, las enfermedades mentales son el resultado de varios factores combinados, genéticos, ambientales, de aprendizaje... y sí, también traumas psicológicos, pero muy rara vez desarrolla uno un cuadro psiquiátrico grave

6. Hitchcock, 1960.



como resultado de una causa única, identificable tras un proceso de catarsis⁷, como suele pasar en la películas.

*Gente corriente*⁸ es un ejemplo típico de película con contenido psicológico, en la que la solución viene al final, a través de una catarsis repentina, durante la cual uno de los miembros de una familia muy infeliz revive el trauma original, que en el caso de este chico se trata de la muerte de su hermano, de la que se siente culpable. Su hermano se ahogó mientras navegaban en su pequeño bote de vela, en medio de una tormenta. Es una película íntima y dramática, pero echada a perder por el asunto de la catarsis final, que como hemos dicho, no tiene nada que ver con lo que pasa en la vida real, y que no estaría fuera de lugar en una telenovela.

Recuerda (Spellbound)⁹ fue la película más psicológica de Hitchcock. De hecho, se desarrolla en una clínica psiquiátrica, en la que los protagonistas, interpretados por Ingrid Bergman y Gregory Peck, son psicoanalistas. El personaje de Peck tiene amnesia, que también es una cosa que pasa muchísimo más en la ficción que en la realidad. La amnesia de Peck, lejos de darle mala espina a Bergman, que sería lo natural, la fascina, y los dos se enamoran. Hay sueños (diseñados por el mismo Salvador Dalí), traumas psicológicos, y todos los demás elementos que uno esperaría en un psicodrama de la época. La influencia de los aspectos más populares de las teorías de Freud es palpable. En la vida real, un caso de amnesia total en un individuo que está por lo demás bien sería extraordinariamente improbable. Incluso aquellos que tienen una amnesia muy extensa, que es una cosa muy rara de cualquier

7. También llamada abreacción, que se refiere a la apertura y liberación de las emociones que se habían reprimido en el "absceso psicológico".

8. Robert Redford, 1980.

9. Hitchcock, 1945.



manera, recuerdan su juventud y su niñez. El que no recuerda ni siquiera quién es, seguramente tiene una amnesia histérica, o psicogénica, como también se le llama.

El uso de la amnesia total en la ficción ha sido tan extenso que el espectador acepta esta amnesia como algo perfectamente posible. Esto recuerda a los enfermos en estado de coma que uno también ve en las películas, la totalidad de los cuales se recuperan sin ningún problema, siempre que tengan a una persona querida hablándoles todo el rato, que es lo que Hollywood ha decidido que es la manera de curar los estados de coma. Es como si entrar en coma fuera una cosa que le pasa a uno de vez en cuando, comparable en gravedad – en el mundo de la ficción– a recibir un balazo en el hombro derecho, que como todos los espectadores de películas de vaqueros saben, es una minucia, siempre que se vierta un poco de whisky en la herida. En la realidad, el estado de coma suele ser la antesala de la muerte, que si se consigue evitar, le deja normalmente secuelas importantes al enfermo. Otros mitos cinematográficos curiosos son el de perder el conocimiento al recibir malas noticias, o el de que uno se pueda resguardar detrás de la puerta de un coche cuando le están disparando (las puertas de los coches no paran las balas).

Pero nos estamos desviando. Volvamos a la locura en la ficción, tema en el que la mención de Don Quijote de la Mancha¹⁰ resulta inevitable. Mucho se ha dicho sobre la psicopatología de Don Quijote, pero yo creo que el reducir este personaje a un diagnóstico psiquiátrico no le haría justicia a la obra. Don Quijote tiene delirios de grandeza, pero éstos son congruentes con sus otras creencias, valores y ambiciones. Don Quijote cree lo que quiere creer y ve lo que quiere ver. Es, más que loco, un idealista.

10. Miguel de Cervantes, 1605.



Un ejemplo raro de película en el que la locura es el tema central se encuentra en *Equus*¹¹, basada en un drama de Peter Shaffer. Sin embargo, uno se queda sin una idea muy clara de lo que pasa en el relato, por estar éste lleno de simbolismos. *Repulsión*¹² es mucho mejor en este y en otros sentidos. Catherine Deneuve interpreta el papel de una chica belga, que se queda aislada en Londres, y se va desintegrando psicológicamente. Cada vez que paso por la placita en Kensington donde la protagonista de la película empieza a tener experiencias extrañas, siento lo que Polanski induce de manera tan efectiva a través de esta historia: un poquito de miedo. En *La semilla del Diablo*¹³, el mismo director trata otra vez el tema de la locura, salvo que en esta ocasión la protagonista (Mia Farrow) no está loca de verdad, como su marido y otros parecen creer, sino que se halla presa de una conjura diabólica, ideada para que Rosemary (como se llama la chica), dé a luz al hijo del demonio. Se desarrolla en Nueva York, y como en el caso de *Repulsión*, gran parte del argumento tiene lugar dentro de un piso. El mismo asunto –la procreación del diablo y la aparente locura de una de las mujeres en la historia– aparece en *Pactar con el Diablo*¹⁴. Las mujeres de estas películas están muy solas y muy incomprendidas, y sus locuras, reales o no, son inespecíficas, aunque a veces se ven destellos de lo que uno interpretaría en la vida real como una psicosis paranoide. Rosemary, en *La semilla del Diablo*, no está loca, aunque sí lo parece. No se debe olvidar que las conjuras, las amenazas veladas, y las experiencias extrañas existen en la realidad. Hay ocasiones en las que un paciente asegura que

11. Sidney Lumet, 1977.

12. Roman Polanski, 1965.

13. Roman Polanski, 1968.

14. Taylor Hackford, 1999.



alguien le está persiguiendo y que hay gente que le quiere matar, y esto resulta más tarde ser cierto; este paciente quizá tenga una deuda de drogas, y la mafia local le esté de verdad persiguiendo con malas intenciones.

La novela romántica que Charlotte Bronte escribió en 1847, *Jane Eyre*, es muy ilustrativa en su aspecto psiquiátrico, porque nos muestra lo que pasaba en la época pre-psiquiátrica cuando alguien se “volvía loco”. La loca de la historia sólo aparece al final, cuando en la boda de los protagonistas alguien alega que el hombre con el que Jane se iba a casar está ya casado. El recio Rochester (el galán dueño de la mansión) admite que es cierto, y lleva a la delicada Jane y a todos los demás presentes a la casa, para mostrarles a su mujer, que está loca como un perro rabioso, y que vive presa en un hueco del ático. Es ella la que Jane oye gritar a las noches. Hoy en día, el bueno de la historia no tendría a su mujer encerrada en el ático, por muy psicótica que estuviera ésta. Pero Rochester no habría tenido alternativa, a no ser que la hubiera encerrado en un manicomio, que habría venido a ser más o menos lo mismo. En los tiempos cuando no había psiquiatría, el que sufría una enfermedad mental no tenía muchas opciones, y sus familiares tampoco.

*¡Qué bello es vivir!*¹⁵ es inusual por ser una película típicamente navideña y a la vez abarcar el tema del suicidio, lo que es una combinación temática extraña. George Bailey (James Stewart) es un tipo amable, querido por todo el mundo, pero cuando su negocio se hunde por culpa de un error de un empleado, y con él también se echan a perder las relaciones de mutua confianza que existían en el pueblo donde vive, Bailey decide matarse. Un ángel baja del cielo y le enseña a Bailey cómo habría sido aquel pueblo si él no hubiera

15. Frank Capra, 1946.



llegado a nacer: un pueblo feo y egoísta, sin tejido moral que uniera a sus habitantes. Acaba bien, por supuesto. La moraleja es que la vida merece la pena, y que uno no debe suicidarse. Si esta película le pilla a uno en un estado de ánimo navideño, es difícil contenerse las lágrimas. Pero lo singular de esta película es que cuando Bailey decide matarse, no es porque se quiera sacrificar por el bien de otros, sino porque ha alcanzado un estado de desesperación que le impide seguir adelante, que es lo que pasa en la vida real, pero que no se ve a menudo en el cine de Hollywood, y menos aún en las películas de Navidad.

La novela corta *Metamorfosis* de Franz Kafka, publicada por primera vez en 1915, no trata un tema psiquiátrico, pero puede servir como alegoría de lo que pasa en la mente de una persona que sufre una psicosis por primera vez. En *Metamorfosis*, Gregor, un viajante de comercio, se despierta un día en su cama, no como se había acostado la noche anterior, sino con la forma de un insecto, del mismo tamaño que él tenía cuando era una persona normal. De la misma manera, un sujeto en el comienzo de una enfermedad psicótica se transforma, y ve el mundo a su alrededor también transformado, y el hecho de que parezca inexplicable, como el cuerpo de insecto de Kafka, no lo hace menos real.

El abuso de sustancias ha aparecido en el cine regularmente, pero normalmente como un elemento tangencial. *Días de vino y rosas*¹⁶ es una excelente película sobre el alcoholismo, en la que los personajes interpretados por Jack Lemmon y Lee Remick basan primero su romance, y más tarde sus vidas enteras en el beber, que al final amenaza con destruirles. La película mezcla la comedia

16. Blake Edwards, 1963.



y el drama, y muestra lo que pasa en el alcoholismo de manera apropiadamente cruda, y sin mucho sentimentalismo, lo que es de agradecer. A diferencia de los personajes de *Días de vino y rosas*, los tipos que beben demasiado en las películas suelen ser hombres que se dan pena a sí mismos, lobos solitarios que amaron y perdieron, en definitiva, narcisistas sentimentales, que recuerdan al *El hombre del Piano* de la canción de Billy Joel, interpretada por Ana Belén. O si no, borrachos graciosos, que en la vida real no hay muchos.

La novela de Truman Capote *Desayuno con diamantes*, publicada en 1958, que se llevó al cine¹⁷ con el mismo director de *Días de vino y rosas*, cuenta la historia de una chica que abandona a su marido en un pueblo de Texas por el resplandor de Nueva York, donde espera casarse con un millonario. Vive una existencia sin sustancia de ningún tipo, de fiesta en fiesta, con miedo de parar a pensar. Su desayuno ideal es con diamantes, en la famosa joyería Tiffany's de Manhattan. El esperar el placer inmediato, sin que éste esté basado en algo que vaya a estar todavía al día siguiente donde uno lo dejó, así como la inhabilidad de formar relaciones duraderas, son rasgos que encontramos en varios desórdenes de personalidad. Hay que reconocer que casi todos nos hemos comportado así durante algún período de nuestras vidas, por lo menos en cierta medida. Sin embargo, cuando no se trata de una fase en la vida de una persona, sino de algo más permanente, esta manera de vivir se podría describir como patológica.

El mismo escritor, Truman Capote, cuenta la historia de unos psicópatas particularmente patológicos en *A sangre fría* (1966). Hay

17. Blake Edwards, 1961.



que empezar por decir que este relato está basado, de manera muy fiel, en hechos reales. Dos hombres de treinta y pico años, llamados Hickock y Smith, entraron en la casa de un granjero de Kansas en 1959, robaron una o dos cosillas, y mataron al granjero, a su mujer y a sus dos hijos, en una orgía de violencia difícil de imaginar. Capote se plantea en el libro el tema de la psicopatología de estos individuos, y de si fueron capaces de distinguir entre el bien y el mal cuando hicieron lo que hicieron. El hecho de que sus acciones fueran muy patológicas y muy anormales no quiere decir que estos dos hombres no supieran que el matar a una familia “a sangre fría” es algo que uno no debe hacer. Se les juzgó y se concluyó que sí eran responsables de sus acciones. Hickock y Smith fueron ejecutados en 1965.

Uno de las mejores descripciones de cómo funciona la mente inmadura y violenta de una personalidad anormal se encuentra en *Taxi Driver*, película que dirigió Martin Scorsese en 1976. Esta película se hizo famosa en su día por la violencia de su final, aunque el espectador actual no la encontraría mucho más violenta que la mayoría de las películas de acción que se hacen ahora. Robert de Niro interpreta a un taxista en Nueva York, un tipo huraño y frío, que no tiene amigos ni familia en la gran ciudad. Trabaja día y noche. Intenta encontrar pareja, pero no sabe cómo relacionarse. No duerme mucho, pero en sus horas de insomnio y de soledad en su taxi elabora fantasías sobre cómo “limpiar” la ciudad de toda la escoria que la puebla. Se ve a sí mismo, en su delirio narcisista, como una especie de quijote urbano, destinado a erradicar, a tiros, la prostitución de las calles de Nueva York.

Hay muchísimas películas en las que el argumento se centra alrededor de un psicópata desalmado, pero no las vamos a citar



aquí todas. Estos psicópatas suelen ser siempre muy sádicos (lo que gracias a Dios no abunda en la vida real) y o bien muy sofisticados, o si no todo lo contrario. *El silencio de los corderos*¹⁸, basada en la novela de Thomas Harris, es emblemática de este sub-género. Hannibal Lecter es el super-psicópata por excelencia, inteligente y con gustos sibaritas, que incluyen el comer el hígado de sus víctimas, regados con un poco de Chianti. Además, es psiquiatra. Buffalo Bill, el otro super-psicópata del relato, mata a mujeres en serie para hacerse con sus pellejos una piel nueva para él. Los psicópatas no son así. No hacen planes complicadísimos para conseguir fines extraños. Son inmediatos e impulsivos, y quieren cosas corrientes, como dinero, sexo, y estar de fiesta todo el rato. Y como digo, sólo rara vez son abiertamente sádicos.

Ya comentamos *Alguien voló sobre el nido del cuco*¹⁹ en el segundo capítulo, e inevitablemente volveremos a nombrar esta novela y película en el capítulo dedicado a las terapias físicas y el electroshock. Curiosamente, *Alguien voló sobre el nido del cuco* y *El silencio de los corderos* se encuentran entre las muy pocas películas que recibieron todos los Oscar más prestigiosos, lo que viene a demostrar que los temas psiquiátricos siempre han despertado mucho interés en el público. El personaje que interpreta Jack Nicholson en esta película es mucho más real que los super-psicópatas de tantos otros relatos. Es un criminal menor, carismático y un poco tramposo, mucho más auténtico, creíble, y amable que el personaje que el mismo actor interpreta en *El cabo del terror*, de la que hablábamos antes.

Las personas con defectos intelectuales suelen ser tratadas con mucha simpatía en la ficción. Tanto en *Rain Man*²⁰ como en *Forrest*

18. Jonathan Demme, 1991.

19. Novela de Ken Kesey; película dirigida por Milos Forman en 1975.

20. Barry Levinson, 1988.



*Grump*²¹, los personajes de Dustin Hoffman y de Tom Hanks respectivamente son muy amables y fáciles de querer. Sin embargo, la moraleja implícita de *Forrest Grump*, que parece sugerir que la pureza de espíritu del protagonista está relacionada con su poca inteligencia, es paternalista e innecesaria.

Las obras de ficción nos ayudan a veces a conocer las enfermedades mentales, pero con más frecuencia las distorsionan. Lo que sí hacen muy bien es reflejar, en las hojas de un libro o en la pantalla del cine, la idea que el escritor o guionista tiene de la enfermedad mental que está describiendo, que coincide a menudo con la imagen de esa enfermedad que prevalece en la sociedad en general. Así, el psicópata de cine es retorcido, sofisticado y sádico, el esquizofrénico tiene la personalidad desdoblada, y el alcohólico es un borracho gracioso. La realidad, como siempre, es diferente, y no siempre más bonita.

21. Robert Zemeckis, 1994.



11

LA PSICOTERAPIA Y EL PSICOANÁLISIS

Existe una gran confusión en el público general sobre cuál es la diferencia entre un psiquiatra, un psicólogo, un psicoterapeuta, y un psicoanalista. La percepción popular es que los cuatro son más o menos lo mismo, y que además todos los psiquiatras usan un diván en sus consultas para poder “analizar” a sus pacientes. En realidad, la mayoría de los psiquiatras saben muy poco, o nada, de psicoanálisis o de analizar a nadie. Lo primero que debemos hacer es explicar lo que cada una de estas profesiones hace con sus pacientes:

- El Psiquiatra se ocupa de las enfermedades mentales, como la depresión, o la esquizofrenia,
- El Psicólogo puede tener pacientes o no, dependiendo de si es un Psicólogo Clínico o no (en vez de ver pacientes, es posible que se ocupe de temas ocupacionales o educativos, por ejemplo). Si es un Psicólogo Clínico, seguramente hará psicoterapia (lo que también le convertirá en un Psicoterapeuta) y valoraciones de inteligencia, o de problemas intelectuales en demencias, o retrasos de aprendizaje.



- El Psicoterapeuta es el que hace psicoterapia con sus pacientes. Las Psicoterapias son las “curas de hablar”.
- El Psicoanalista es el que practica un tipo específico de psicoterapia con sus pacientes, que es el Psicoanálisis, inventado por Freud. Los Psicoanalistas pueden ser, y suelen ser psicólogos, o a veces psiquiatras, aunque es relativamente raro que un psiquiatra practique las dos disciplinas a la vez y de lleno, porque su enfoque es tan drásticamente diferente, y porque en general la psiquiatría y el psicoanálisis se ocupan de pacientes y de problemas muy diferentes. A veces no son ni psicólogos ni psiquiatras, pero esa es otra historia.

Sigmund Freud era un neurólogo, nacido en lo que hoy es La República Checa, y establecido en Viena. Culturalmente, era parte de una familia judía, pero también hay que recordar que creció en el Imperio Austriaco, influido por su esplendor barroco. Digo esto porque sus teorías son, entre otras cosas, misteriosas, intensas, y barrocas, y no se imagina uno que pudieran haber florecido de la misma manera en un ambiente liberal y materialista.

Freud tenía un carácter mas bien frío y obsesivo. Era muy inteligente y terriblemente culto. Su obsesionalidad se expresaba, entre otras cosas, en el atribuir propiedades mágicas a los números, lo que por otra parte también es parte de la tradición mística judía de la Cábala. Le contaba en una carta a Jung, recogida en el libro sobre Freud de Anthony Storr, que cuando le instalaron un teléfono con el número 14362, Freud se convenció de que iba a morir a los 62 años. Argumentaba en su carta que cuando escribió *La interpretación de los sueños*, él tenía cuarenta y tres años, así que pensó que el 62 al final del número de teléfono debía significar la edad de su muerte.



Como hemos comentado ya cuando hablábamos de la historia de la psiquiatría y de la histeria, Charcot fue la inspiración que indujo a Freud a explorar la psicología humana. El concepto de la Catarsis, del que hemos hablado en el capítulo sobre la psiquiatría en la ficción, fue uno de los primeros postulados por Freud, y sigue siendo muy prevaleciente en la psicología popular, y como hemos dicho, en el cine. La idea de la catarsis es que cuando a uno se le somete a un trauma psicológico, quizá a una edad temprana, la respuesta emocional se enquistada, por decirlo de alguna manera, produciendo algo así como un absceso psicológico, en el que el pus es el dolor y miedo que la mente ha aislado dentro del grano, porque de no estar cercados, serían demasiado penosos. Sin embargo, la presión del enquistamiento no consigue contener el dolor, sino que lo transforma. La catarsis consiste en abrir el absceso y liberar su contenido, por medio de la terapia.

Freud también es famoso por haber desarrollado teorías sobre la interpretación de los sueños. Freud veía los sueños como ventanas por las que uno puede acceder a la mente, e incluso descender a aquellos niveles de los que el propio individuo no es consciente. Freud dice en su libro sobre este tema (*La interpretación de los sueños*, 1900) que el proceso de interpretar el significado de un sueño es como el reconocer una imagen en un lago, distorsionada por el movimiento del agua. Habla de sueños típicos, como el encontrarse desnudo en público, el de la muerte de una persona querida, o el de que uno no ha aprobado los exámenes de la universidad, y tiene que presentarse otra vez, a pesar de haber estado ejerciendo su profesión muchos años. Confieso haber tenido este último sueño, que Freud interpreta de manera bastante sencilla como una expresión de miedo a que se le castigue a uno por haber hecho algo mal.



Freud diseñó la estructura de la psique en tres niveles, que se nombran mucho en el psicoanálisis: El “Ego” (yo), el “Super-Ego” (super-yo), y el “Ello”, o “Id”. El “Id” y el “Super-Ego” son como el pequeño demonio y el angelito que aparecen en los dibujos animados a ambos lados de un personaje, uno incitándole a ser bueno, y el otro a pecar. El “Super-Ego” es la parte moral y superior de nuestro carácter, nuestra conciencia, nuestro padre cuando fracasamos, nuestro médico cuando recordamos que no deberíamos fumar, la letra pequeña de la hipoteca, que nos recuerda que hay que economizar. Su polo opuesto, el “Id”, es nuestra parte animal, que necesitamos controlar. El “Id” quiere sexo, de manera más bien indiscriminada, quiere comer y beber, y quiere matar al que le molesta, sin contemplaciones. Si hubiera que localizar el “Id” en el cerebro, estaría seguramente en el Sistema Límbico, esa parte del interior del cerebro que comentábamos en el primer capítulo, en el que residen gran parte de nuestras emociones básicas, que estaban ya allí mucho antes de que nuestra especie llegara a su estado presente de evolución. El pobre “Ego” se pasa la vida luchando con los otros dos, aspirando a complacer al “Super-Ego”, y a la vez tratando de aplacar al “Id”.

Otro concepto que se usa mucho en el análisis, y en la psicoterapia en general, es el de la “Transferencia”. Se habla de transferencia cuando una relación que el paciente tuvo en el pasado con una persona significativa, quizá uno de sus padres, se “transfiere” al terapeuta en el contexto de la psicoterapia, es decir, la relación que tiene el paciente con el terapeuta es la misma que tenía aquél con su madre, por ejemplo. Cuando esto ocurre, el terapeuta puede usar la transferencia como una herramienta muy útil en el proceso del tratamiento. El mismo fenómeno, pero en el sentido contrario, del terapeuta al paciente, se llama “contra-transferencia”.



Las ideas psicoanalíticas de Freud han tenido una influencia enorme, no sólo en la psicología, sino en la cultura occidental en su conjunto. Todo el mundo ha oído hablar del inconsciente, o del “Complejo de Edipo”, y de hecho estas expresiones se usan en el lenguaje coloquial (estar “acomplejado”, por ejemplo¹). Por cierto, el “Complejo de Edipo” se refiere a una teoría de Freud que siempre ha creado controversia: la de que el desarrollo sexual del niño está relacionado con sus impulsos libidinales hacia su madre. Edipo Rey es un drama clásico griego, escrito por Sófocles en el siglo V antes de Cristo. En esta historia, Edipo mata a su padre, sin saber que es su padre, y se casa con su madre, también sin saber que es su madre. Siendo este relato una tragedia, las cosas se ponen incluso más desagradables: cuando Yocasta, su madre, se da cuenta por fin de que su marido es su hijo, se mata, y cuando Edipo la ve muerta, Edipo se ciega, clavándose en los ojos los broches del vestido que lleva ella.

Pues bien, Freud, que tenía una educación muy amplia y conocía bien a los clásicos, usó este drama como una alegoría de lo que él creía que pasaba en el desarrollo sexual del niño, que según Freud, teme la castración como castigo por querer deshacerse de su padre para conseguir a su madre, que es precisamente lo que hizo Edipo, pero sin querer.

Una de las cosas más curiosas de la historia del psicoanálisis es el hecho de que Freud nunca lo promocionó particularmente como un método de tratamiento de problemas psicológicos o enfermedades mentales. Como dice Anthony Storr en su libro sobre Freud, éste escribió mucho (y por cierto, escribía muy bien), pero descri-

1. Freud no fue el único que habló de “complejos”. Jung también usó la palabra, por ejemplo, mientras que fue Adler el que acuñó el “complejo de inferioridad”.



bió poquísimos casos clínicos en sus ensayos, de los cuales casi ninguno mejoró tras ser tratados por Freud. Como psicoterapeuta, no parece haber tenido mano de santo. El énfasis era sobre todo teórico, más que terapéutico. A Freud parecía preocuparle más el postular una teoría de la psicología humana elegante e ingeniosa, que el curar pacientes. De hecho, se dice que a Freud la gente en general no le gustaba mucho.

El otro gran patriarca del psicoanálisis fue Carl Jung. Jung era suizo, el único no-judío en el grupo de psicoanalistas allegados a Freud, aunque curiosamente uno de sus abuelos fue un distinguido Sionista y académico de la lengua hebrea. Varios de sus antepasados eran clarividentes y espiritistas, y en general interesados en el área de lo paranormal. Dice Anthony Stevens en su libro sobre Jung que estos antepasados siempre parecían vivir en casas que resultaban estar encantadas. El padre de Jung era un pastor protestante, hijo de un médico eminente, que también era dramaturgo. Se dice que Jung fue un descendiente ilegítimo de Goethe, por parte de padre; no se sabe si esta leyenda es cierta, pero sí es verdad que Jung se parecía físicamente a Goethe. Esta combinación de magia y religión en el ambiente en el que creció Jung pone en perspectiva y enmarca sus teorías y sus inquietudes intelectuales, que al que no conoce a Jung le parecerán seguramente muy raras.

Jung y Freud se influyeron mutuamente y se respetaron mucho, hasta que se enfadaron en 1914. Freud se daba cuenta de que Jung era más agradable y carismático que él, pero la razón por la que acabaron distanciándose fue el hecho de que Freud era, a su manera, muy dogmático, y se negó a aceptar como parte de la ortodoxia del psicoanálisis las teorías que Jung había llegado a desarrollar. El argumento era que él (Freud) había inventado el



psicoanálisis, y que por lo tanto sólo él tenía el privilegio de decidir qué formaba parte de él, y qué no.

Jung distinguió entre el Inconsciente personal y el Inconsciente Colectivo. Según Jung, las naciones, las razas, incluso nuestra especie en su conjunto, comparten un Inconsciente común, que se puede distinguir del Inconsciente personal. El Inconsciente Colectivo se alimenta de “imágenes primordiales”, que pertenecen a la humanidad, y que se encuentran ya impresas en la mente del niño al nacer. El Inconsciente Colectivo está poblado por “Arquetipos”, que son los símbolos de ese mundo primordial. Por ponerlo de manera sencilla, el enfoque de Jung fue más trascendental, menos sexual, más romántico, e incluso más esotérico que el de Freud.

Como decíamos en el segundo capítulo, los alumnos de Freud que sobrevivieron el holocausto se trasladaron a los Estados Unidos, donde con el tiempo, el psicoanálisis acabó adquiriendo una perspectiva más social que sexual.

Ha habido muchas escuelas diferentes de psicoterapia, pero para el que no está familiarizado con estos temas, los enfoques de más relevancia han sido el Psicoanálisis, la Terapia Cognitiva, y la Terapia de Conducta. No puedo evitar sin embargo el mencionar la psicoterapia Existencial, por estar relacionada con un enfoque filosófico importante, y porque mi querida mujer la practica.

Quizá recuerde el lector que en el capítulo segundo describimos lo que al final del siglo XVIII se llamó la “Terapia Moral”, que consistía, entre otras cosas, en tratar la pérdida de la razón precisamente por medio del uso de la razón. Pues bien, eso es lo que hace hoy en día la Terapia Cognitiva. Un paciente deprimido, por ejemplo, adopta distorsiones cognitivas que perpetúan su depresión, es decir, acaba creyéndose las cosas horribles que se le ocurren a



su mente deprimida. Sólo recuerda los errores de su vida, y olvida sus éxitos y sus aciertos. Se concentra en los aspectos malos de su existencia, e ignora lo bueno, etc. La Terapia Cognitiva reta estas creencias erróneas y distorsionadas, para así restaurar un estado de ánimo normal.

La Terapia de Conducta se basa en los principios teóricos establecidos por Pavlov, que trabajó con perros, y demostró la conexión que existe entre un determinado estímulo y una determinada respuesta. En el caso de los perros de Pavlov, el estímulo era el sonido de un metrónomo, que el perro oía cuando se le iba a dar de comer. Después de un tiempo, el perro secretaba saliva al oír el metrónomo, aunque no se le diera de comer. Los experimentos de Seligman sobre la "Impotencia Aprendida" (también con perros, pero más ingratos), de los que hablábamos en el capítulo sobre la depresión, están relacionados con las teorías de Pavlov, que este académico ruso llevó a cabo a comienzos del siglo XX.

Las técnicas de la Terapia de Conducta tienen como ánimo el modelar el comportamiento del paciente, reforzando lo bueno, y extinguiendo lo malo. Un ejemplo sería el tratamiento de las fobias, en el que se usan enfoques de "desensibilización" y de "inundación" para curar el problema. Si el paciente tiene un miedo irracional y excesivo a las arañas, se le somete a una "desensibilización sistemática", durante la cual se le expone de manera gradual a una araña, primero a cierta distancia, y después gradualmente más cerca. Si se adoptara una técnica de "inundación", se sumergiría al paciente dentro de un entorno lleno de arañas, como en una de esas escenas de película de Indiana Jones, para así aturdir la ansiedad del paciente, que de esta manera se desensibilizaría completamente, y la ansiedad desaparecería. Pero no creo que nadie lo



haga así. En la película *La naranja mecánica*², basada en la novela de Anthony Burgess, el protagonista –un psicópata de libro de texto– es sometido a una terapia de conducta con el propósito de extinguir su comportamiento violento. Para conseguir esto, le enseñan películas muy violentas, con lo ojos permanentemente abiertos con unas pinzas, y a la vez le dan una droga que le produce náusea. El resultado es que Alex, el protagonista, asocia la sensación de náusea con la violencia, de tal manera que después del tratamiento Alex no puede presenciar violencia sin sentir a la vez náusea. La famosa escena al comienzo de la película, en la que Alex y su clan atacan a un pobre mendigo a la orilla de un lago artificial, se rodó en una zona muy desolada del sureste de Londres, que visito yo a menudo para ver pacientes, y que siempre me evoca este tratamiento conductual de ficción.

El tratamiento de la conducta nunca va a llegar muy lejos con los problemas emocionales y con las creencias distorsionadas de la depresión. Para estos problemas, el enfoque conductista se suele combinar con otros tipos de tratamiento. La psicoterapia que tiene más adeptos hoy en día es precisamente una combinación del enfoque conductual y el cognitivo, que lógicamente se llama Terapia Cognitivo-Conductual.

¿Funciona la psicoterapia? Resulta muy difícil el estimar la eficacia de la psicoterapia, porque el proceso es tan diferente en casa caso, y el carisma y habilidad de cada terapeuta son variables tan importantes, e imposibles de controlar en un modelo experimental empírico. Los que trabajamos en esta área sabemos que la terapia sí funciona. Lo que es más difícil de establecer es si existe de verdad

2. Dirigida por Stanley Kubrick en 1971.



una diferencia substancial entre someterse a un proceso terapéutico estructurado y formal, o sencillamente hablar de los problemas que uno tiene con una persona sin título de la facultad de psicología, pero que es inteligente, compasiva, y sabe escuchar.

Los más aficionados a entender los temas psicológicos en términos biológicos critican a la psicoterapia, diciendo que ésta tiene una limitación importante, que es el hecho de que haga falta estar sano y estable incluso antes de que empiece el tratamiento. Un autor llamado Bloch identificó en 1979 los factores que determinan el que se consiga un resultado positivo, concluyendo que cuanto mejor adaptado esté el paciente y más leve sea su queja, más éxito tendrá la terapia. Otros sin embargo aseguran que las curas de hablar se pueden usar con buen resultado incluso en las psicosis.

Lo mejor es combinar –cuando se puede³– las pastillas y la cura de hablar, y si la pastilla es la adecuada, y el psicoterapeuta es agradable y muestra calor humano, el enfermo mejorará.

El hablar y el escuchar son, en definitiva, cosas buenas, que ayudan al que se encuentra desamparado y triste. Como dice uno de los personajes en una novela de la escritora americana Elizabeth George Speare⁴: “...la respuesta está en mi corazón; si la escuchas, la podrás oír”.

3. No siempre se puede. Por ejemplo, si el paciente tiene demencia, o si está muy psicótico, la psicoterapia puede hacer más daño que otra cosa, aunque es difícil generalizar.

4. *“The Witch of Blackbird Pond”* (1958).



12

PROBLEMAS “ORGÁNICOS”: LA SENILIDAD Y OTRAS COSAS PARECIDAS

Cuando a Ronald Reagan, el que fuera presidente americano, le empezó a resultar difícil el recordar en qué país de Sudamérica se encontraba durante un discurso en una gira oficial, muchos se dieron cuenta de que se encontraba en los primeros estadios de la enfermedad de Alzheimer.

Alois Alzheimer describió la enfermedad que lleva su nombre en 1906. Alzheimer solía trabajar a la noche y dormir durante el día, lo que resulta curioso, porque el tener el ritmo de sueño y vigilia alterado es un problema típico de los enfermos con Alzheimer. La enfermedad de Alzheimer es un tipo de *demenia*, es decir, es un proceso degenerativo que afecta al cerebro y lo atrofia, dejándolo incapaz de ejercer sus funciones intelectuales (como el habla, la inteligencia, la memoria) en mayor o menor medida. Las demencias son progresivas, o sea, empeoran gradualmente con el paso del tiempo. Más tarde, cuando Reagan ya no era presidente, alguien le preparó un discurso, en el que explicaba que él tenía esta enfermedad. El discurso me sonó extraño, porque es muy raro el oír a alguien decir, en la primera persona, que él tiene la enfermedad



de Alzheimer. El que la sufre se suele quedar muy perplejo y pierde, además de muchas otras habilidades, la de reconocer lo que le está pasando. Ronald Reagan se demenció, al parecer, de manera bastante plácida, y como suele ser el caso, a una edad ya relativamente avanzada.

Esencialmente, la demencia es una cuestión de edad en gran medida. Desde un punto de vista histológico, o sea, del tejido del cerebro, no hay una diferencia discernible entre lo que pasa en la enfermedad de Alzheimer y lo que pasa cuando el cerebro envejece, salvo que los cambios que se notan en la enfermedad de Alzheimer son quizá más profundos. Esta enfermedad puede aparecer en cualquier momento de la madurez, pero es muchísimo más frecuente en la vejez. Hay personas que mantienen un cerebro joven hasta una edad avanzada, mientras que a otros les afecta la enfermedad de Alzheimer cuando todavía son relativamente jóvenes. Sin embargo, si cada uno de nosotros sobreviviéramos hasta los 120 años, todos acabaríamos teniendo Alzheimer en un momento dado.

Los síntomas de la enfermedad de Alzheimer van más allá del mero déficit de memoria, aunque los problemas de memoria suelen ser lo que antes se nota en el proceso de la enfermedad. El enfermo olvida cosas recientes, pero todavía recuerda lo que pasó durante la guerra con mucho detalle. Al principio, se olvida cosas de poca importancia, como los nombres de los personajes en el “culebrón” de la tele que ve todos los días. Más tarde, se olvida de los nombres de sus hijos. En los estadios finales, quizá incluso se olvide de dónde vive, si su marido está vivo o no, o de si tiene hijos o no.

Cuando alcanzamos una cierta edad, es normal que la memoria no nos responda tan rápida o fielmente como cuando teníamos



veinte años, así que no debe uno preocuparse excesivamente si no se acuerda del nombre del galán en la telenovela venezolana del mediodía. En cualquier caso, el deterioro intelectual que se ve en la enfermedad de Alzheimer es más global y devastador que un mero problema de memoria. La enfermedad afecta a la inteligencia, el lenguaje, la capacidad de abstracción, la orientación, la concentración, e incluso la misma personalidad. El resultado es que el paciente, cuando la enfermedad está ya bien establecida, no puede “funcionar” de manera normal, pero a la vez, no se da cuenta de ello¹. Resulta particularmente trágico cuando los cambios que impone la enfermedad contrastan con las características y habilidades que tenía el individuo antes de que ésta comenzara. El navegante desorientado, el intelectual al que se le ha olvidado cómo leer, o la plácida monja que se ha vuelto agresiva, son ejemplos de la crueldad patética de este proceso degenerativo.

Sin embargo, lo que se ha aprendido y ensayado durante muchos años, como suele ser el caso con lo que se practica en la profesión que uno ha ejercido, se suele tardar más en perder en la demencia. Así, el minero demenciado sigue empeñado en cavar túneles en la sala de la televisión de la residencia, el catedrático da discursos pomposos, y el viajante de seguros todavía quiere vender pólizas. De manera más general, el que está acostumbrado a pensar en tres dimensiones por haber trabajado de tornero, o de aparejador, tardará más en perder las aptitudes espaciales, mientras que el que ha usado el lenguaje en su ocupación mantendrá la habilidad de comunicarse por más tiempo.

1. No necesariamente, pero esto suele ser la norma. Me parece que no existe una traducción satisfactoria en castellano para lo que en inglés se llama falta de “*insight*”.



El paciente con demencia suele reducir sus actividades, y se muestra reacio a emprender cosas nuevas. Le resulta difícil el procesar información, así que incluso cuando la demencia no parece avanzada, le da miedo contestar el teléfono, o contestar las preguntas del médico, porque aunque entienda las palabras que oye, no las puede digerir y abstraer.

La tecnología nueva es un desafío enorme para el que está dañado intelectualmente. Cada vez que se decide imponer una nueva tecnología al público general, muchas personas mayores no consiguen aprenderla y se quedan detrás, con su vida un poco más limitada de lo que estaba antes. Si uno piensa en todas las cosas que hay que hacer para coger un avión, desde el momento en el que se decide comprar el billete, hasta que uno se sienta en el avión, no es de extrañar que no se vean muchas personas mayores viajando solas. Negociar el contrato de la electricidad, o intentar enterarse de lo que le están haciendo a uno durante un ingreso en el hospital, puede asustar incluso más que el no saber qué hacer en el aeropuerto.

A veces, la perplejidad que invade la vida del paciente con demencia le lleva a intentar buscar la certeza que ha perdido en otro sitio, como si se hubiera dejado el cerebro olvidado en algún lado y tuviera que ir a buscarlo. Recuerdo que alguien me dijo una vez que el vivir con demencia era como estar en una tormenta de arena perpetua. Por eso, muchas veces el enfermo con demencia abre la puerta de su casa y se va a la calle, a buscar a sus padres, su casa, su oficina, su vida.

Una señora mayor, confusa y desconcertada, está vagando por la calle una madrugada de Enero, en camión. Esta señora, que parece tener más de noventa años, le dice al policia que la ha encon-



trado que está buscando a sus padres. Está angustiada porque cree que es una niña, y que sus padres la han abandonado.

Un señor de setenta y cinco años coge su Ford Sierra a las cinco de la mañana y se mete en la autopista, con la intención de ir a trabajar al puerto donde estuvo empleado como estibador cincuenta años antes. Piensa que va a tardar cinco o diez minutos en llegar. Se le ha olvidado que ahora vive con su hija, a cientos de kilómetros del puerto más cercano. Le para la policía una hora más tarde, por conducir a treinta kilómetros por hora por el carril rápido.

Una mujer de setenta años llega al supermercado, pero no se acuerda de lo que tenía que comprar. Mete quince lechugas en la cesta. La chica de la caja registradora le pregunta si se encuentra bien, porque parece un poco agitada. Contesta que sí, pero no entiende el precio en Euros, y de cualquier manera, no se acuerda de cómo pagar. Otra mujer en la cola, que es vecina suya, la reconoce y la lleva a casa, sin las lechugas.

Hay varios tipos distintos de demencia, aunque las diferencias clínicas entre ellos son más bien sutiles, y a veces sólo de relevancia académica. La Demencia Vascular, que también tiene muchísimos otros nombres (“arteriosclerosis cerebral” es una expresión muy extendida en España), es la que está asociada con la oclusión, parcial o total, de arterias en el cerebro. Las arterias pequeñas, las que penetran en la materia profunda del cerebro, suelen ser las más afectadas. Estos enfermos, por lo menos los que no tienen *también* Alzheimer², suelen conservar su personalidad, y son más emocionales que los que tienen una enfermedad de Alzheimer pura. Otra

2. La patología de las arterias del cerebro no sólo produce su propio tipo de demencia, sino que también es un factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer.



diferencia es que el comienzo es más agudo; a veces los familiares se acuerdan del momento preciso en el que el paciente cambió, incluso de la fecha. La razón es que en ese momento, una arteria en el cerebro del enfermo se cerró³, y el tejido cerebral que hasta entonces había sido regado por la arteria, se queda sin oxígeno y se muere. Es lo mismo que pasa en un ataque del corazón, pero en el cerebro. Si el área que cubría la arteria era una zona vital, el paciente muere.

He dicho que los enfermos con demencia vascular son más emocionales, aunque éste no es siempre el caso; a veces es al contrario. Me explico: algunos tienen “incontinencia emocional”, que quiere decir que no pueden inhibir sus impulsos emocionales, de tal manera que se echan a llorar cada vez que nombran a su difunto marido, que murió hace muchísimos años, o sus experiencias durante la guerra, o incluso cuando ven dos personas abrazándose en una película. Esto no quiere decir que estén necesariamente deprimidos, sino que los mecanismos inhibitorios en el cerebro no les funcionan bien, porque las arterias que servían oxígeno a los centros cerebrales que se encargan de estas cosas ya no desempeñan su función como debían. Otras veces, las oclusiones arteriales afectan a las conexiones que alcanzan al lóbulo frontal, del que hablábamos en el primer capítulo. El resultado es apatía y estado de ánimo plano, lo contrario de la emocionalidad.

Si se hace un *scan* del cerebro a un paciente con demencia, es probable que éste aparezca más pequeño de lo que debería ser,

3. Por ser las paredes de la arteria demasiado gruesas, o quizá porque un embolismo que tiene su origen en otro sitio –por ejemplo el corazón– se ha atascado en la arteria cerebral. Es probable que la presión sanguínea sea demasiado alta.



o sea, atrofiado. La “coliflor” que es el cerebro normal es más pequeña en la demencia, con arrugas más profundas. También es probable que el interior del cerebro⁴ se muestre con una densidad distinta, que indica que hay tejido cicatrizado, por culpa de las arterias pequeñas, que no funcionan bien. A veces sin embargo, el *scan* es completamente normal, pero esto no quiere decir que el enfermo no tenga demencia. La demencia es un diagnóstico clínico, o sea, no basado en pruebas técnicas, sino en el criterio clínico del médico que la diagnostica.

La Enfermedad de Pick, que hoy en día también se llama Demencia Fronto-Temporal, es más rara que las otras que hemos mencionado. Como el nombre indica, afecta principalmente a los lóbulos frontal y temporales del cerebro, a diferencia de la enfermedad de Alzheimer, en la que los lóbulos parietales se atrofian más que el frontal. Los lóbulos parietales son los que están debajo de la típica calva masculina, y gobiernan entre otras cosas la coordinación y las habilidades espaciales. Por esta razón, los enfermos con Alzheimer se pierden, a veces incluso dentro de sus propias casas, mientras que los enfermos con Pick, cuyos lóbulos parietales están intactos, no se pierden. Hace poco vi un enfermo con enfermedad de Pick que era capaz de indicarle a su hijo, cuando iba de pasajero en el coche, la salida que debían tomar en cada rotonda, que es algo que un enfermo con Alzheimer habría sido completamente incapaz de hacer. El enfermo con la enfermedad de Pick pierde la capacidad de hablar (*disfasia*) y también desarrolla un *síndrome frontal*, con desinhibición y apatía.

4. El *scan* puede ver *dentro* del cerebro, porque examina los órganos en tres dimensiones, y en *rodajas* sucesivas, bien de arriba a abajo, de lado a lado, o desde la parte frontal a la parte posterior.



La demencia se complica muchas veces con síntomas secundarios de depresión, agitación, agresión, o psicosis. El tratamiento de las complicaciones es básicamente el mismo que uno usaría cuando estos síntomas aparecen solos. Los problemas con el sueño y con el apetito también son muy frecuentes. En cuanto al tratamiento de la demencia propiamente dicha, desgraciadamente no existe nada hoy en día que la cure, pero sí hay algunas medicaciones, como el Donepezil y la Galantamina, que potencian la conducción colinérgica⁵ en el cerebro, y así ayudan en cierta medida a algunos enfermos.

Cuando el cuadro es agudo, que quiere decir que ha empezado hace poco tiempo, más o menos súbitamente, y con síntomas pronunciados, la presentación es diferente. Los cuadros de confusión agudos, o el delirio, son en principio reversibles, y tienen la reputación de ser más espectaculares que la demencia crónica. Un tipo de delirio bien conocido es el “delirium tremens”, del que hablaremos en el capítulo sobre el alcohol y las drogas. La realidad sin embargo es que la mayor parte de las personas con un estado de confusión agudo están medio dormidas todo el tiempo. De hecho, se dice que es un estado “onírico”, por ser parecido al sueño. En los dramas médicos de televisión, la mayor parte de los pacientes en el hospital son jóvenes, tienen enfermedades misteriosas e interesantes, y son capaces de mantener conversaciones trascendentales. En la realidad, la mayor parte de los enfermos en las salas médicas son mayores, con enfermedades comunes, y muchos están en un estado de confusión aguda, a veces añadida a una demencia crónica, lo que tomado en su conjunto no les definiría como los interlocutores ideales en una conversación trascendental.

5. La acetil-colina es un neurotransmisor, un mensajero químico del cerebro.



Harold Wilson fue Primer Ministro del Reino Unido entre 1964 y 1976, año en el que dimitió. Fue un político Laborista de mucho éxito y gran prestigio. Siempre se le muestra saliendo de Downing Street, fumando su pipa, y entrando segundos después en el Rover negro oficial. Wilson siempre tuvo fama de ser un hombre afable y muy intelectual. Se dice que tenía una memoria de elefante, lo que resulta irónico, teniendo en cuenta lo que le pasó más tarde. Se cree que Wilson se dio cuenta en 1976 de que su memoria, tan extraordinaria hasta entonces, le estaba empezando a fallar, y que fue por esta razón que decidió dimitir. Sin embargo, tras dimitir como Primer Ministro, trabajó como entrevistador en la televisión en un programa de entretenimiento general, esperando quizá que su memoria ajada no fuera obstáculo para algo que parecía más *hobby* que ocupación seria. No fue así. Harold Wilson no podía seguir los chistes, y se mostraba rígido y lento en sus reacciones. Wilson tenía demencia, que le estaba ya carcomiendo sus habilidades intelectuales, no sólo la memoria, sino también el sentido del humor y la inteligencia en general. Sería una pena recordarle sólo por su proceso de demencia y su actuación más bien desafortunada en la televisión, porque Wilson fue, después de todo, uno de los líderes más influyentes e inteligentes de la segunda mitad del siglo XX. Sirva este ejemplo sin embargo para ilustrar el hecho de que la demencia no perdona, aunque por otra parte, también es verdad que cuanta más inteligencia se tiene, más se suele tardar en perderla⁶. Wilson murió de cáncer a los setenta y nueve años, diecinueve años después de dimitir como Primer Ministro.

Las demencias son desórdenes cerebrales que se caracterizan por la pérdida de inteligencia, mientras que otras veces el problema

6. Esto es lo que se llama la “reserva cognitiva”.



es la falta de desarrollo de la inteligencia, como pasa en el retraso mental y en el autismo.

John Langdon Haydon Down era un médico Inglés del siglo XIX, que estudió la relación que él creía que existía entre el tipo de idiota (como se llamaba entonces a los discapacitados mentales) y los grupos étnicos. Notó que muchos tenían rasgos orientales, incluso cuando sus padres eran europeos, y así describió el tipo de idiota “Mongol” o “Mongoloide”, en relación a lo que después se acabó llamando Síndrome de Down en su honor, o Trisomía 21, refiriéndose al error cromosómico que produce este síndrome. Por una parte, Down pensaba que el “mongolismo” era un salto atrás en la evolución, suponiendo quizá que la raza europea era más avanzada evolutivamente, aunque hay que tener en cuenta que el sugerir esto no era una cosa extraña en el siglo XIX. De hecho, Down se distinguió por lo contrario, por liberal y anti-racista. En un artículo que se ha citado mucho, él argumenta que el hecho de que una pareja europea pudiera tener un hijo con rasgos mongoloides probaba que la totalidad de la raza humana tenía raíces comunes. En realidad, el Síndrome de Down no está más relacionado con la raza oriental que lo está con cualquier otra raza, y por supuesto, no hace falta decir que la raza europea no está más evolucionada que las demás razas, pero es curioso que Down tomara esta oportunidad para probar la universalidad de la especie humana. También abogó por los derechos de la mujer, en una época en la que estas cosas no parecían tan obvias o aceptables como nos parecen hoy en día.

Un chico de unos veinte años está en una parada de autobús en el Sur de Londres. Está de pie, mirando al anuncio en un poste, que contiene los horarios de las tres rutas de autobús que usan esa parada. Ha estado mucho tiempo en la parada, pero no parece tener



intención de coger un autobús. Nunca coge autobuses, que en realidad le dan un poco de miedo, sólo se aprende sus horarios, enteros y de memoria. También se ha aprendido otras rutas, todas las rutas que encuentra anunciadas. Este chico es autista, del tipo que a veces se llama en francés *savant*, por tener una gran capacidad de memorizar. La palabra *autismo* se refiere al hecho de que el que tiene este tipo de déficit intelectual no parece necesitar relacionarse con el mundo exterior en la misma medida que una persona normal. El individuo autista suele tener problemas de lenguaje significativos, y una manera de pensar muy concreta, sin capacidad de abstracción. Les gusta la rutina predecible, como a los niños pequeños, y a veces sufren también explosiones frecuentes de agitación, o de agresión. La palabra *savant* quiere decir que este tipo de autista sabe mucho, aunque tenga poca inteligencia. Esto no quiere decir que sea *sabio* porque en su simpleza él sabe cosas importantes y profundas, como el personaje de Tom Hanks en la película *Forrest Grump*, sino porque se acuerda de muchas cosas, como el chico de la parada del autobús, o el personaje de otra película en la que el protagonista es autista: *Rain Man*. En esta película, el autista de mediana edad, interpretado por Dustin Hoffman, se aprende de memoria un listín de teléfonos de la “A” a la “G” en la habitación de un hotel, en el que está pasando la noche con su hermano. En otra escena, una caja de cerillas cae al suelo, y Hoffman “ve” cuántas cerillas hay en el suelo, sin contarlas. Esta misma anécdota la cuenta Oliver Sacks, un eminente neurólogo establecido en Nueva York, en su famoso libro *El hombre que confundió a su mujer con un sombrero*. En el libro de Sacks, una pareja real de gemelos autistas tenían la capacidad de “ver” números sin contarlos...

El autista a veces pueda aprenderse de memoria listines de teléfono, o calcular raíces cuadradas de números muy largos en unos



pocos segundos (lo que no creo que sea muy corriente, de cualquier manera), pero a pesar de eso, tiene poca inteligencia. No sabe procesar información lingüística de manera normal, no entiende las complejidades del comportamiento social, no puede adaptarse a los cambios constantes y a las infinitas sutilidades de la vida diaria. Cuando el autista parece tener una inteligencia global más bien normal, pero todavía tiene una manera de pensar un poco concreta, y un repertorio de comportamientos y capacidad de relacionarse restringidos, el cuadro se llama Síndrome de Asperger. El caso del periodista ruso que lo recordaba todo, que describíamos en el primer capítulo, seguramente entraría dentro de esta categoría.

Un hombre de mediana edad, desempleado, inspecciona las calles de Madrid incesantemente, en busca de cañerías de desagüe cuyas dimensiones contravengan las regulaciones vigentes en esta área. Esta es su pasión. Un día, encuentra un chalet en las afueras, cuyas cañerías son definitivamente demasiado estrechas, quizá por un margen de nada menos que dos centímetros. Llama a la puerta, con la intención de reñir al propietario, que resulta ser un político eminente, a quien no le resulta grato que un desconocido raro le eche una bronca en su propia casa. El hombre de las cañerías, que acaba en una sala psiquiátrica, donde sólo estará unos días, tiene un Síndrome de Asperger.

Uno de los personajes en el cuento de Lewis Carroll *Alicia en el País de las Maravillas* (1865) es un sombrerero loco. En español, el ser sombrerero y el estar loco no parece que tenga mucho que ver, pero en inglés existe la expresión de “estar tan loco como un sombrerero”, que curiosamente tiene su razón de ser. Los sombrereros del siglo XIX usaban sustancias químicas muy tóxicas para tratar la piel de los sombreros de copa, que durante la vida profesional



del fabricante de sombreros terminaban por afectar su cerebro, volviéndole quizá “loco”. Se ha dicho que el período de paranoia que sufrió Goya puede haber tenido algo que ver con las sustancias tóxicas que contenían las pinturas de aquella época, aunque esta explicación no parezca muy probable. En cualquier caso, sí es verdad que los defectos que puede sufrir el cerebro no se limitan a los déficits congénitos, como en el Síndrome de Down, o en el autismo, o a la pérdida de inteligencia en la vejez, como en la demencia, sino que a veces se puede adquirir un cuadro “orgánico” (que más que locuras suelen ser cuadros de confusión), porque el cerebro ha recibido un “insulto” externo a él, como sería el caso del sombrerero.

Cuando el foco de una enfermedad epiléptica está en el lóbulo temporal (quizá recuerde el lector que ésta es la porción del cerebro que se encuentra más o menos bajo las orejas), la actividad eléctrica anormal en esta zona suele producir manifestaciones psiquiátricas muy curiosas. El enfermo puede sentir por ejemplo un miedo intenso durante el “aura” del ataque, o quizá una sensación de *déjà vu*⁷, o incluso un sentimiento de éxtasis total, como le pasaba a Dostoyevsky, el célebre escritor ruso. La rivalidad tradicional que existe entre la psicología biológica y el enfoque psicoterapéutico encontró aquí un tema sobre el que discutir, cuando Freud escribió en uno de sus ensayos que la epilepsia de Dostoyevsky era en realidad una expresión del complejo de Edipo del escritor...

Los trastornos del Lóbulo Temporal también puede producir alucinaciones muy complejas. Un agente de la propiedad se presenta al psiquiatra, quejándose de que oye constantemente la canción que ganó Eurovisión hace veinte años. No la oye “den-

7. “Ya visto”, que es lo que pasa cuando el cerebro reconoce como ya vividas cosas que en realidad no ha vivido.



tro" de su cabeza, en su pensamiento, sino fuera, como oye la voz del psiquiatra durante la entrevista. La canción empieza con una introducción orquestal, seguida de un coro, antes de entrar la voz del cantante. Después de una serie de estrofas y estribillos, la canción termina con una apoteosis ruidosa, pero empieza otra vez casi inmediatamente. El enfermo tiene cincuenta años, y siempre ha sido fumador. Un *scan* del cerebro revela un tumor en uno de los lóbulos temporales, que es lo que está provocando las alucinaciones musicales, mientras que los rayos-X del pecho muestran el tumor primario de pulmón, de donde originó el tumor cerebral.

Todos estos desórdenes, de las demencias al autismo, pasando por los efectos tóxicos de los sombreros de copa, nos ilustran la fragilidad del cerebro y lo vulnerables que son sus funciones. En la mitología Griega, la mariposa era el símbolo de *Psique*. La *psique* real es tan delicada como la mitológica. Como una mariposa.



13

LOBOTOMÍAS Y ELECTROSHOCK

Se podría decir que la psiquiatría se merece su imagen represiva. No es de extrañar que una sociedad que por mucho tiempo ha percibido a los enfermos psiquiátricos como escoria social, o como “locos peligrosos”, quiera encerrar y controlar estos individuos.

La imagen represiva que todavía tiene la psiquiatría es la razón por la que nos resulta difícil a los que la practicamos el convencer al público de que sus tratamientos funcionan. Por ejemplo, a mucha gente le extraña el que todavía se use el electroshock (o Terapia Electro-Convulsiva –TEC– que es el nombre más apropiado), e incluso la cirugía cerebral, y los que saben que estas técnicas aún están vigentes, tienden a asumir que se usan como modos de castigo, como en la novela *Alguien voló sobre el nido del cuco*. Sin embargo, la Terapia Electro-Convulsiva es un tratamiento muy efectivo para la depresión, y nada doloroso. Hay países en Europa (curiosamente, los que fueron parte del Eje durante la Segunda Guerra Mundial) que tienden a ver el Electroshock como una cosa salvaje e inhumana; al mismo tiempo, a los ingleses les parece muy



bien, pero éstos ven las camisas de fuerza (que sí se usan en otros países) como algo retrógrado e incivilizado.

Se pensaba en los años treinta que la epilepsia mejoraba algunas enfermedades mentales, por lo que el inducir un ataque epiléptico podría quizá aliviar los síntomas psiquiátricos del enfermo. L. J. Meduna, un neurólogo Húngaro, había producido ataques de epilepsia terapéuticos con sustancias químicas, pero éstos eran los años treinta, agresivamente modernos, así que un neurólogo italiano llamado Ugo Cerletti decidió usar en 1938 una tecnología moderna: la electricidad, con la que consiguió estimular el cerebro de un ingeniero de Milán de treinta y nueve años, a quien se había encontrado vagando en una estación de tren de Roma. El ingeniero de Milán estaba psicótico, con delirios de pasividad y alucinaciones, que sugieren que su diagnóstico probablemente habría sido una esquizofrenia paranoide. Mejoró con TEC, según Cerletti, pero no según su mujer.

Se constató con el tiempo que la TEC no es muy eficaz en la esquizofrenia, pero que sí lo era en la depresión. Como ya sabemos, a veces una persona puede tener ambos diagnósticos a la vez, así que es posible que un esquizofrénico (como el ingeniero de Milán) pueda mejorar en el aspecto depresivo de su enfermedad, aunque su esquizofrenia no se altere con el tratamiento. Las ventajas de la electricidad sobre las sustancias químicas a la hora de inducir epilepsia son muy importantes: la electricidad es controlable y predecible, y a pesar de la imagen que tiene este tratamiento, segura. Dice Edward Shorter en su libro sobre la historia de la psiquiatría que un paciente tratado por Meduna (no con electricidad, sino con una sustancia química) mejoró tanto que se levantó de la cama, donde había permanecido durante meses, se escapó de la institución donde estaba



internado, y se fue a casa. Una vez allí, este paciente descubrió que el primo de su mujer, que había estado viviendo con ella, no era en realidad su primo, sino su amante. Les dio una paliza a los dos, y se volvió al manicomio.

La idea de usar electricidad para inducir la epilepsia controlada la tuvo Cerletti cuando supo que los operarios en los mataderos aturdían a los cerdos con electricidad antes de matarlos, para hacer así el procedimiento de la matanza más humano. Los resultados que obtuvieron Cerletti y su equipo fueron claramente positivos, y el tratamiento se hizo muy popular en muy poco tiempo.

Hay que recordar que la época en la que se inventó la TEC apenas existían tratamientos efectivos en la psiquiatría, lo que explica el que el electroshock, que sí era efectivo, se llegara a usar en tal medida.

A diferencia de cómo se aplica la TEC hoy en día, el psiquiatra o neurólogo de entonces no “modificaba” el tratamiento con anestesia y relajante muscular, de tal manera que uno presencia un ataque epiléptico ordinario momentos después de poner los electrodos en la cabeza del paciente consciente, y apretar el interruptor para pasar la corriente por ella. En una clínica actual, el paciente está anestesiado con un agente de muy corta duración, así que no siente absolutamente nada. También se le inyecta con un relajante muscular después de la anestesia, para atenuar la amplitud de la respuesta epiléptica. El resultado es que lo que uno ve después de aplicar la electricidad al paciente es... bueno, apenas nada, a veces sólo se mueven los dedos de los pies un poquito. El componente “motor” del ataque epiléptico en sí no nos interesa mucho, y es por esta razón que casi lo suprimimos completamente con el relajante muscular.



Hay que reconocer que no sabemos muy bien cómo o por qué funciona la TEC. Como ya hemos explicado, la base teórica sobre la que se basó su desarrollo era en realidad falsa, por lo que se podría decir que su eficacia en la depresión se descubrió por casualidad, algo así como el descubrimiento de América de Colón, cuando en realidad estaba buscando un pasaje a la China. Un aspecto interesante de la TEC es el que funciona mejor y más rápido en las depresiones profundas y severas (“melancólicas”), mientras que los enfermos más bien neuróticos, o cuyo problema primario es la infelicidad, o un desorden de personalidad, suelen responder mucho peor. Si el paciente no duerme bien, está perdiendo peso, está agitado, o quizá incluso tiene síntomas psicóticos, la TEC es muy probable que le ayude, y además que le ayude rápido, mientras que las pastillas tardarían más. Los pacientes mayores se deprimen de esta manera con más frecuencia que los más jóvenes, y por esto damos comparativamente más TEC a los ancianos.

Hoy en día, la cantidad de electricidad que se pasa por la cabeza del paciente es diminuta, y la respuesta epiléptica tras la estimulación eléctrica dura normalmente unos pocos segundos. En total, el tratamiento –incluida la recuperación–, toma alrededor de quince minutos. Un curso de TEC suele incluir unos ocho tratamientos individuales, dos veces a la semana, así que la duración total del tratamiento viene a ser de un mes.

Los efectos secundarios más problemáticos suelen ser los problemas de memoria, que en general son reversibles, aunque la memoria del período durante el cual el enfermo ha estado recibiendo TEC a menudo permanece afectada indefinidamente. Este déficit es a veces tan marcado que el paciente no recuerda haber sido tratado con TEC.



Si uno usa medicación antidepresiva para tratar una depresión melancólica profunda, es probable que haya que esperar semanas hasta que se empiece a notar una mejoría palpable en el paciente. Sin embargo, si se usa TEC, los primeros signos de alivio de la depresión se suelen dar en la primera semana del tratamiento.

Hay pacientes que sólo responden a este tratamiento, y que lo piden cuando se empiezan a sentir deprimidos. Se ha especulado con la posibilidad de que haya una explicación psicodinámica, en vez de biológica, de la eficacia de la TEC: es posible que el enfermo deprimido tenga unos sentimientos de culpa tan intensos que “necesite” ser castigado para sentirse mejor, y que la TEC sea tal castigo. Otros se han preguntado si la respuesta terapéutica se debe a la anestesia, y no a la electricidad. Para aclarar estas dudas, se han llevado a cabo varios estudios que han comparado la TEC “real” con una TEC “simulada”. En la TEC simulada, el paciente recibía anestesia, pero no se le aplicaba electricidad en la cabeza. Los resultados fueron claros: la TEC real alivia la depresión, mientras que la TEC simulada no.

La idea de operar el cerebro para mejorar la locura ha existido desde la prehistoria, cuando ya se hacían trepanaciones (agujeros en el cráneo) con este propósito. Hubo algún intento de desarrollar la cirugía psiquiátrica de manera más científica durante el siglo XIX, pero no hubo avances significativos hasta los años treinta (otra vez los años treinta), durante los que un neurólogo de Lisboa, llamado Moniz, inventó la “leucotomía”, que consistía en cortar la sustancia blanca (conexiones) de una sección del lóbulo frontal del paciente para mejorar sus síntomas psiquiátricos.

Moniz tenía intereses y talentos muy diversos, como demuestra el hecho de que fuera embajador de Portugal en Madrid durante la



Primera República, y Ministro de Asuntos exteriores portugués, así como historiador, e incluso compositor. En 1949, recibió el Premio Nobel por el desarrollo de la leucotomía. Moniz inventó la técnica y el concepto de la leucotomía –o lobotomía, como se llamó mas tarde–, pero las operaciones normalmente las llevaban a cabo otros, porque él tenía gota en las articulaciones de las manos. Al margen de las leucotomías, lo que está claro es que no todos sus pacientes le estaban muy agradecidos por sus cuidados: uno de ellos le disparó con una pistola mientras Moniz trabajaba en su despacho. Este incidente le dejó con secuelas importantes.

Un americano, Walter Freeman, siguió los pasos de Moniz con un entusiasmo casi mesiánico, y con una técnica distinta. Freeman insertaba un instrumento quirúrgico largo y fino a través de la órbita del ojo del paciente (evitando el ojo, claro) para alcanzar el cerebro. Por esto, esta técnica se llamaba “transorbital”. Dice Edward Shorter en su Historia de la Psiquiatría que Freeman recorrió los Estados Unidos en un coche familiar, cargado con sus instrumentos y otra parafernalia, durante el comienzo de la década de los cincuenta, tratando de ganar prosélitos para su lobotomía transorbital.

Es fácil criticar a estos pioneros de los tratamientos físicos, que ahora muchos ven como exponentes de barbarismo psiquiátrico. Pero hay que recordar que antes de que aparecieran la Clorpromazina y la Imipramina, no había prácticamente nada que se pudiera hacer para ayudar a un enfermo psicótico, o intensamente deprimido. La TEC (que todavía se usa con mucho éxito), y las lobotomías (que también se usan todavía, pero sólo rarísima vez), eran algunos de los muy pocos tratamientos efectivos que se podían considerar para mejorar el estado mental de pacientes que estaban sufriendo mucho con su enfermedad.



La cirugía psiquiátrica se usa en la actualidad en unos cinco o diez pacientes al año en un país grande. Cada caso tiene que cumplir una larga lista de requisitos, clínicos y legales. La razón es que el procedimiento no sólo es muy invasivo, sino que también es irreversible, y además puede cambiar la personalidad del individuo. En Inglaterra, por ejemplo, el que el psiquiatra proponga el tratamiento y el enfermo lo acepte no es suficiente: también hace falta que otro psiquiatra esté de acuerdo con el primero en cuanto a que la operación sea necesaria, y que además todas las vías terapéuticas alternativas se hayan explorado y agotado sin éxito.

Cuando se usa, la indicación principal suele ser un problema de estado de ánimo o neurosis intratable. Por ejemplo, hay casos muy raros de Neurosis Obsesiva que son extraordinariamente severos y que no responden a ningún tratamiento. En tales casos, una operación irreversible, y con potenciales efectos secundarios importantes, puede ser preferible a continuar viviendo con la tortura constante de una neurosis obsesiva que le tiene a uno completamente discapacitado. La técnica actual de esta operación sería distinta y mucho más sofisticada, específica, y precisa que las que usaban Moniz o Freeman.

Es posible que en el futuro se lleguen a desarrollar intervenciones y técnicas nuevas que igualen o incluso mejoren los resultados de la TEC, por ejemplo, pero sin la necesidad de poner al paciente bajo anestesia, y sin los problemas de memoria asociados con este tratamiento. Ya tenemos a nuestra disposición la Estimulación Magnética Transcraneal Repetida, que es, bueno, lo que el nombre indica, pero lo explicaremos con más detalle a continuación. En esta terapia, el cerebro del paciente se somete a una fuerza magnética, ejercida por un dispositivo eléctrico, y que le llega al enfermo



desde una pieza de metal curvada, que se sitúa cerca de su cabeza. Recordará el lector la cura magnética “animal” de Mesmer, acompañada de aquellos extraños rituales de druida, de la que hablamos en el segundo capítulo. Ha llovido mucho desde entonces, pero todavía hay quien piensa que el magnetismo puede curar la mente. La Estimulación Magnética Transcraneal Repetida no se ha conseguido establecer, al menos aún, como un tratamiento ampliamente reconocido para la depresión. El problema principal es que no parece ser terriblemente efectivo en la depresión melancólica, o grave, que responde muy bien a la TEC, como ya hemos dicho. O sea, no es un tratamiento invasivo, o con muchos efectos secundarios, pero quizá tampoco ayude mucho a los melancólicos. Se podría comparar con lo que pasa a veces con los champús suaves: no irritan, pero tampoco lavan.

Los tratamientos físicos en la psiquiatría se nombran a menudo como ejemplos del papel opresor y de control social que esta disciplina a veces ha adoptado con demasiado entusiasmo, quizá olvidando a la vez el hecho de que la interpretación moral del comportamiento humano no es algo que hayan inventado los psiquiatras específicamente, sino que éstos simplemente reflejan las opiniones de la sociedad y el momento en el que viven. También se olvida, como decíamos antes, que los psiquiatras y neurocirujanos hicieron lobotomías porque querían mejorar a sus pacientes y porque no existían alternativas, y no (al menos en general) porque estuvieran motivados por impulsos sádicos.

Los tratamientos físicos en la psiquiatría, cuando funcionan, nos recuerdan que la mente tiene un substrato también físico y tangible. No somos ángeles, ni siquiera en la mente.



14

EL ALCOHOL Y LAS DROGAS

Lutero dijo que sólo a los tontos no les gusta el vino. Sabemos sin embargo que el exceso de alcohol crea problemas enormes de salud, tanto física como psicológica. De hecho, el alcohol es un agente depresivo muy potente, y en grandes cantidades es también muy tóxico para el tejido del cerebro.

Pero quizá sea mejor el reflexionar primero sobre las razones por las que bebemos. Bebemos porque el efecto del alcohol es agradable, y esto a su vez se debe a que el alcohol etílico ayuda a inhibir la transmisión de los mensajes de “castigo” en el cerebro, es decir, los mensajes relacionados con sentimientos como la ansiedad y el miedo. El efecto de anular el miedo con alcohol, cuando uno siente miedo, es parecido a lo que pasa cuando se anula el dolor con opio: euforia.

En la vida diaria, sentimos de manera regular un cierto nivel de ansiedad y tensión, que seguramente resultan necesarios para que podamos funcionar. Si estuviéramos completamente relajados todo el tiempo, no nos molestaríamos en ganarnos la vida, com-



petir, o incluso relacionarnos. Pero esta ansiedad permanece en la mente incluso cuando ya no está cumpliendo una función útil, y entonces resulta molesta, e incluso contraproducente, un “exceso” de función que ya no viene al caso, algo así como el exceso de ácido en el estómago en la indigestión, o el exceso de reacción inmune en las alergias. El alcohol se lleva este pequeño exceso de tensión y ansiedad muy eficazmente, dejando en su lugar una agradable sensación de bienestar y paz con el mundo. Cuando vamos a tener un encuentro social, el alcohol no sólo evita la posible ansiedad que uno pueda sentir respecto a ese encuentro, por querer gustar o caer bien al otro, sino que además ofrece otra ventaja para este tipo de situación: el alcohol desinhibe impulsos que sin él uno no ejecutaría. Lo que le puede parecer una tontería un poco sosa (antes de decirla) al cerebro sobrio, el cerebro que se ha tomado una copa quizá lo encuentre inteligente y gracioso. Por eso se dice que el alcohol es un lubricante social.

El alcohol, a pesar de lo que mucha gente cree, no es un fenómeno universal. Pertenece sobre todo a la cultura Europea y a los sitios donde los Europeos se han establecido. Los psiquiatras en formación que llegan a Europa desde países donde el alcohol no está tan presente en la vida diaria, necesitan que se les recuerde con frecuencia que no se olviden del alcohol a la hora de tomar la historia psiquiátrica de un paciente. Las culturas en las que el alcohol no era omnipresente antes de que llegaran los Europeos, como era el caso de los Inuit (esquimales), o los Aborígenes Australianos, no han conseguido adoptar el alcohol sin que éste produjera un daño terrible en sus comunidades. Los índices de alcoholismo entre estos grupos es mucho más alto que en entre los blancos que viven en las mismas regiones geográficas.



Dentro de Europa, también hay diferencias culturales en la manera de beber. En el Sur, se bebe vino con la comida, y “copas” o cerveza en la calle, y muchos lo hacen todos los días. Aún así, los adultos no se suelen emborrachar. En el Norte, se bebe tradicionalmente los fines de semana, y muchos adultos (sobre todo los adultos jóvenes) sí se emborrachan con frecuencia. En ciertos países Escandinavos, donde las bebidas alcohólicas llevan unas cargas de impuestos enormes, mucha gente bebe en casa para hacer el proceso más barato. En Finlandia, muchos cruzan la frontera para entrar en Rusia, donde beben grandes cantidades de vodka en poco tiempo y por poco dinero.

No siempre resulta fácil definir al alcohólico. Si se ciñe uno al concepto de la dependencia, el alcohólico debe mostrar signos de ser dependiente del alcohol, que incluyen no sólo el malestar y nerviosismo durante la abstinencia, sino también el buscar y el necesitar la bebida para la vida diaria, y la tolerancia al alcohol.

Un alcohólico, que todavía piensa que no lo es, se despierta con temblores todas las mañanas. Tiene cincuenta y cinco años. Bebe a la mañana para calmar esos temblores, así como los otros síntomas asociados con el hecho de que no ha bebido durante las horas del sueño. Quizá todavía tenga un empleo, pero seguramente no le durará mucho. Se dice a sí mismo que necesita una copa a la mañana para poder emprender el día, y que el vodka no huele en el aliento, así que nadie se dará cuenta. Bebe siempre lo mismo, y probablemente en los mismos sitios. Está divorciado. Él piensa que bebe porque está solo, que puede que sea verdad, pero su ex-mujer piensa que está solo porque bebe, que definitivamente es verdad. Ya no tiene carné de conducir, porque chocó su coche contra una farola a las tres de la mañana una noche de invierno,



y se quedó dormido dentro del coche tras el accidente, hasta que le despertó la policía. Cuando le quisieron tomar la alcoholemia, se puso violento, así que pasó el resto de la noche en la comisaría. A veces se encuentra mal, pero no sabe que la causa es que tiene cirrosis del hígado. Está deprimido, y piensa que necesita beber para aplacar sus sentimientos de tristeza, pero el alcohol le está deprimiendo más. Después de la separación de su mujer, y por un tiempo, veía a su hija de diez años todos los fines de semana. Se esforzaba en tratar de estar sobrio los sábados, pero él dice que la tensión de la situación acabó siendo más de lo que podía soportar sin tomarse una copa, así que empezó a beber antes de ir a recogerle a la niña. Pero un sábado a la tarde tuvo una pelea en la cola del McDonald's, que le dejó a la niña asustada. La policía la llevó de vuelta a su madre, mientras él dormía la mona, otra vez en la comisaría.

Muchos alcohólicos aseguran a sus amigos (que muchas veces también son alcohólicos), y a su médico, que pueden parar de beber cuando quieran. Lo que pasa es que no quieren, eso es todo. En cierta manera es verdad, pero sólo en cierta manera. El alcohol es una de las pocas sustancias que pueden producir un cuadro de dependencia física muy pronunciado. De tal manera que el proponerse dejar de beber, o dejar de beber demasiado, a veces es sólo parte de la solución, si para entonces el individuo ya tiene establecido un cuadro de dependencia física. En tal caso, hará falta que se le detoxifique con medicinas, quizá del grupo de las benzodiazepinas, como las que se usan en el tratamiento de los desórdenes de ansiedad. El enfermo deja de beber, y las dosis de estos tranquilizantes, que desde un punto de vista farmacológico actúan de manera comparable al alcohol, se van reduciendo gradualmente, hasta llegar a un punto, después de unos pocos días,



en el que el paciente no está ingiriendo ni alcohol ni medicinas. Este es el final de la detoxificación.

Si una persona con dependencia física del alcohol, que consume grandes cantidades diarias, para de beber repentinamente, es probable que sufra un ataque epiléptico, o que entre en un *Delirium Tremens*, que es un estado de confusión aguda, con alucinaciones, delirios y sobre-excitación, que es tan aparatoso que incluso resulta peligroso desde un punto de vista fisiológico. Raro es el paciente que reconoce beber mucho cuando se le ingresa en una sala médica por una pancreatitis u otro problema físico, así que muchos *Delirium Tremens* se dan en salas médicas, donde el enfermo no tiene oportunidad de seguir bebiendo, y el cerebro entra en un estado de “rebote”, en el que las funciones que el alcohol estaba inhibiendo y embotando se despiertan con exagerada intensidad.

El proceso de detoxificación con medicinas sólo toma unos días, pero el estadio más difícil comienza cuando se termina la detoxificación. Es entonces cuando el alcohólico se da cuenta de que tiene el resto de su vida en frente de sí, que puede parecer muy largo sin una copa. Sobre todo si sus amigos todavía beben. Es difícil permanecer “seco” en Noche Vieja, o cuando tu equipo gana la Liga, o en la boda de tu hija, etc., pero también lo es cuando uno se encuentra un poco nervioso y deprimido después de un día difícil, y un amigo le ofrece a uno una copa ya servida. Una amistad cementada por años de alcohol puede resultar difícil de mantener cuando uno deja de beber. Lo malo es que los amigos que no beben demasiado no quieren estar con borrachos, así que esas amistades ya se habían perdido años antes. O sea, nuestro alcohólico perdió sus amigos no-alcohólicos cuando bebía, y perderá sus amigos alcohólicos cuando deje de beber.



El definir el alcoholismo simplemente en términos de dependencia física puede resultar demasiado estrecho, por lo que también se usan expresiones como “uso dañino del alcohol”, o “bebedor problemático”. Alguien dijo que la definición de un alcohólico que mejor refleja la realidad es “aquel que bebe más que su médico”, lo que seguramente es verdad.

Las razones que hacen a una persona beber demasiado son, como siempre pasa con estas cosas, muy complejas. La cultura en la que se vive tiene una influencia importante, como decíamos antes: países como Irlanda o Finlandia, por ejemplo, tienen índices de consumo de alcohol por habitante bastante altos, mientras que la tasa de alcoholismo en Arabia es muy baja, por razones obvias. El tipo de personalidad seguramente también influye: muchos alcohólicos son impulsivos y les resulta difícil retrasar sus deseos de placer. Otros son depresivos, y se “auto-medican” con la bebida.

El exceso de alcohol crea muchos problemas (hígado, páncreas, esófago, feto...), pero no vamos a recitar aquí la lista completa. Sí mencionaremos sin embargo un par de complicaciones psiquiátricas de interés particular. La primera es la depresión, que es algo que ocurre con mucha frecuencia en este contexto. Tanto es así, que una proporción importante de alcohólicos se suicidan. La segunda es el Síndrome de Korsakoff, que es un tipo de amnesia. El enfermo con este síndrome no es capaz de guardar o evocar memorias nuevas, por lo que vive en una especie de vacío, en un mundo en el que todo está desconectado y carece de sentido, como si estuviera flotando en la nada.

Un hombre se cincuenta y nueve años vive solo, sin ocupación y sin futuro. Bebía mucho hacía años, aunque ahora no se acuerda de eso. Ahora no se acuerda de nada. Sabe que tiene álbumes de



fotos, que ojea con frecuencia. También sabe que se le olvidan las cosas, pero recuerda que los álbumes de fotos contienen pedazos de su vida. Son fotos antiguas, en blanco y negro, de sitios lejanos y chicas que le abrazan, con amplias sonrisas. No sabe quiénes son esas chicas, aunque supone que fueron novias suyas, y también supone que los sitios lejanos son los puertos que visitó de joven, cuando era marino. Cada vez que mira a las fotos, es como si redescubriera su vida, como si se encontrara otra vez a sí mismo. Cuando la enfermera que le va a visitar le pregunta lo que ha hecho ese día, el marinero amnésico confabula, contestándole que ha hecho la compra, y que después ha ido a visitarle a su madre. En realidad, se ha pasado la mañana entera mirando a las fotos, tratando de encontrar su vida en los trozos de papel de Kodak, ya muy sobados. Pero él cree que sí ha hecho la compra, y que sí le ha visitado a su madre, que en realidad murió hace doce años. Como decíamos al comienzo del libro, hay quien bebe para olvidar y acaba consiguiéndolo.

En realidad, la “demencia alcohólica” se da más que el Síndrome de Korsakoff, aunque éste es más vistoso. La demencia alcohólica no es una mera amnesia, sino un déficit global, que incluye otras áreas de la inteligencia.

Ya hemos dicho cómo se detoxifica a un alcohólico, y que el estadio de permanecer “seco” después de la detoxificación es el más difícil. Hay cosas que ayudan mucho, como por ejemplo la organización Alcohólicos Anónimos, con sus reuniones regulares y su respaldo individual. Hay medicamentos como el Disulfiram, que si se toman con alcohol producen unos efectos muy desagradables, y ayudan así al alcohólico a no beber. Lo que hay que recordar es que muchísimos alcohólicos se recuperan, y que todo lo que necesitan para recobrar una vida normal es motivación y determinación, así como la ayuda de un médico comprensivo, y a



poder ser, también la de alguien que haya luchado con el mismo desafío, y triunfado.

* * *

Las “drogas” se describen con frecuencia como uno de los mayores males que amenazan con destruir nuestra sociedad. Esto suele dar la impresión de que “antes” no había drogas, y que éstas fueron una invención de los años sesenta. Siempre ha habido drogas, aunque no siempre han sido las mismas drogas, o se han tomado en la misma medida, o por los mismos estratos de la sociedad. Los políticos hablan de la “guerra contra las drogas”. También se habla de drogas duras y drogas blandas, aunque también hay muchos que dicen que “todas las drogas son duras”. En cualquier caso, existe una tendencia a asumir que la sociedad es un recipiente pasivo del poder adictivo y “criminalizante” de las drogas, y que esta adicción se “pilla”, como se pilla una infección, sin que la persona en cuestión intervenga para nada en el proceso.

La realidad, una vez más, es más compleja. El hecho de que en la actualidad las capas menos privilegiadas de la sociedad tomen más drogas, y de que sea también este segmento social el que produzca más criminalidad, no quiere decir que la causa del crimen y de la pobreza sean las drogas. Muchos deterministas y “degeneracionistas” en el siglo XIX pensaban que la criminalidad intrínseca de los habitantes de las barriadas era la causa de todos sus males. Hoy en día, la opinión liberal tiende a pensar que la pobreza, transmitida de generación en generación, es la raíz de problemas como la criminalidad y las drogas.

Lo que está claro es que cuando un individuo toma una droga, se relaciona con ella, y esta relación no es la misma para todas las personas, o para todas las drogas, o para todas las situaciones. No



hay drogas que “enganchen” de manera automática e inmediata. No todo el que prueba la heroína o la cocaína necesita repetir, y no todo el que decide repetir se convierte en ese momento en un adicto, que a partir de entonces sólo existe para inyectarse. Las drogas se usan y se abusan por un motivo: para obtener placer. Si el individuo en cuestión puede y sabe cómo obtener el mismo placer de otras maneras, y a un coste personal menor, entonces no usará drogas, y el factor del poder adictivo de la droga será comparativamente mucho menos importante.

La compañía alemana Bayer comercializó la Heroína en 1898, a partir de la morfina, que es a su vez un derivado del opio. Hay quien dice que se llamó heroína por su papel heroico en el tratamiento del dolor, aunque también he leído que se llama así porque le hacía sentirse a uno “heroico” después de recibirla. Lo segundo resulta menos probable, porque la heroína tardó un tiempo en convertirse en droga “de recreo”, que no ocurrió significativamente hasta los años diez del siglo XX. Se empezó a fumar en China en los años veinte. Decayó como narcótico en los años treinta, y resurgió en los setenta. Sigue teniendo un uso legítimo en la medicina, en la que todavía se usa como un analgésico muy potente, sobre todo con enfermos moribundos que tienen dolor intenso, quizá porque están muriendo de cáncer. Por esta razón, la heroína (o Diamorfina, como se le llama en medicina) se menciona mucho en los debates sobre la eutanasia¹.

Muchos soldados americanos fumaban heroína durante la guerra de Vietnam, pero curiosamente la mayor parte de ellos no vol-

1. Me refiero aquí a la práctica de dar al enfermo moribundo, y que tiene un dolor intenso, una dosis alta de Diamorfina, con el ánimo de quitar el dolor, pero con el “efecto secundario” de acelerar la muerte.



vieron a probarla cuando regresaron a casa, después de la guerra. La razón era que la mayor parte de los veteranos no estaban dispuestos a buscar a un “camello” para que les vendiera heroína, quizá a mucha distancia de su casa, y además arriesgarse a acabar en la cárcel, después de haber sobrevivido la guerra en Vietnam. En otras palabras, estos factores fueron mucho más importantes que el poder adictivo de la heroína. Hubo un pequeño grupo sin embargo que sí siguió usando heroína, y éstos fueron los mismos que ya habían consumido drogas antes de ir a la guerra, que probablemente tenían antecedentes criminales, y vivían en ciudades donde era fácil comprar drogas. Pasó lo mismo con la Prohibición del alcohol durante la época dorada de los *gangsters* de Chicago. Existe el mito de que la gente siguió bebiendo igual, pero en realidad el consumo de alcohol disminuyó de manera dramática. La mayor parte de nosotros no queremos líos, y si nuestra droga ya no se puede conseguir fácil y legalmente, nos quedamos en casa leyendo el periódico.

Los indios sudamericanos han masticado las hojas de coca por miles de años. La Cocaína es un alcaloide que se extrae de la hoja de coca, y que le ha robado a la heroína de mucho de su protagonismo en el escenario urbano de las drogas ilegales. La cultura *hippie* que cultivó la adicción a la heroína ha dado paso en cierta medida a otra cultura más agresiva, que prefiere la cocaína y las anfetaminas. Al *hippie* no le importaba que la heroína le durmiera, porque sus valores eran la paz y la pasividad, mientras que el consumidor de drogas de hoy en día quiere estar despierto todo el tiempo, consumiendo y bailando. Por eso necesita un estimulante, como la cocaína, las anfetaminas o el éxtasis. Lo que tienen en común con los heroinómanos, y a diferencia de la cultura del alcohol, es que no necesitan hablar mucho.



La heroína nació como una medicina inocente y prometedora, y la cocaína como un tónico muy efectivo. El Papa Pío XVIII bebía regularmente *Vino Mariani*, cuyo ingrediente principal era la cocaína, y Sigmund Freud también usó la cocaína, y la recomendó como cura para diversos males.

La cocaína no produce un cuadro de adicción física significativa, a diferencia de la heroína. Sí produce sin embargo una adicción “psicológica” importante. Es difícil acostumbrarse a estar un poquillo cansado, o aburrido, cuando uno ha estado en las nubes, viviendo en el carril rápido de la autopista, por así decirlo. Y este es el mayor problema que tienen los que dejan la cocaína después de haberla usado por un tiempo: aburrimiento, que es algo más serio de lo que parece, cuando es intenso y constante. Se cree que el uso de estimulantes potentes de manera regular puede producir a veces cambios irreversibles en el cerebro. Las anfetaminas, además, pueden producir enfermedades psicóticas indistinguibles de la esquizofrenia.

El tratamiento de las adicciones depende de la sustancia en cuestión hasta cierto punto. Por ejemplo, en el caso de la heroína y otros opiáceos, se usa tradicionalmente un sustituto como la Metadona para la detoxificación, aunque quizá el componente más importante del tratamiento sea, como en el caso del alcohol, la psicoterapia y respaldo que necesitará el adicto después de la detoxificación. Los que tienen un problema con la cocaína (o sus derivados, como el *crack*, u otros estimulantes potentes, como las anfetaminas), suelen necesitar antidepresivos cuando dejan de tomar la droga.

Todavía encuentra uno señoras muy mayores adictas a las anfetaminas, que se recetaban en los años sesenta como pastillas para adelgazar. La razón por la que se usaban estas pastillas para este



propósito es que las anfetaminas, como muchos otros estimulantes, suprimen el apetito. También se han usado con soldados en el frente, para que siguieran luchando a la noche, ya que suprimen el sueño y la sensación de fatiga. Lo malo es que también hacen otras cosas, como inducir ataques de corazón a los que tienen un corazón débil, o episodios psicóticos a aquellos cuya debilidad está en ese ámbito.

El Éxtasis es un derivado de la anfetamina, también con efecto estimulante. El éxtasis de fin de semana en el club o sala de fiestas es un ejemplo claro de cómo la frecuencia con la que se consume una droga se debe más a la sub-cultura en la que se encuentra esta droga que a sus efectos “farmacológicos”.

La percepción social de las drogas depende a veces de quién las consume y cómo. La imagen de Elvis Presley o Judy Garland tomando pastillas es muy distinta a la de un *junkie* inyectándose en un retrete, incluso cuando la droga sea la misma.

Judy Garland se llamó Frances Gumm al nacer. Sus padres actuaban en *Music Halls*, por lo que Frances debutó como cantante y bailarina a la tempranísima edad de sólo tres años. Actuaba al principio con sus dos hermanas, pero cuando Hollywood la descubrió, se convirtió en “niña prodigio” famosa. Su papel más celebrado, cuando todavía era una niña, es seguramente el de Dorothy en *El mago de Oz*². Siendo esta película tan emblemática de todo lo que es amable y encantador, hecha el año en el que empezó la guerra más horrorosa de la historia, resulta chocante el saber que la pequeña Frances, que ya era Judy, ya tenía drogas en el cuerpo, anfetaminas que le daban para que trabajara sin cansarse. Más tar-

2. Dirigida por Victor Fleming en 1939.



de, Judy desarrolló un problema muy serio de adicción al alcohol y las drogas, y murió joven, cuando tenía sólo cuarenta y siete años, aunque aparentaba bastantes más. La “novia de América”, como se le conocía, la chica que representaba lo bueno y lo estable de la sociedad americana, murió joven y adicta, tras casarse cinco veces.

Elvis Presley también murió joven, a los cuarenta y dos años. Como Garland, también tomaba pastillas. Se le encontró inconsciente en el baño de Graceland, su mansión, y se le pronunció muerto una hora más tarde. Pocas muertes se han dolido tan universalmente como la de Presley. Se dice que tenía las arterias coronarias de un hombre de ochenta años, lo que posiblemente no tenía mucho que ver con las drogas que tomaba, aunque no cabe duda de que tampoco le hicieron ningún bien. Es irónico que Elvis tuviera un interés específico en combatir la drogadicción (además de otros males modernos, como el radicalismo violento), y que por este motivo le escribiera una carta al Presidente americano, Richard Nixon, ofreciéndose como agente especial anti-drogas del FBI. Consiguió una entrevista con Nixon, en la que el Presidente accedió a concederle la insignia del FBI, que como un niño de colegio, Elvis tanto añoraba. La entrevista –y el abrazo final– de estos dos personajes históricos fue un evento extraño: un Presidente conservador, intelectual, paranoico, y rígido, y una figura “pop” carismática, con sofisticación intelectual escasa, pero con muchísimo atractivo, declarando su intención de luchar juntos contra las drogas, a pesar de que Elvis tomara drogas (de receta) con mucho entusiasmo. Pero seguramente él creía que eso no contaba. Era, después de todo, un buen chico americano.

Norma Jean Mortenson (o quizá Baker, nadie está seguro), nació en Los Angeles en 1926. Era hija ilegítima de madre desequi-



librada y padre desconocido, aunque de esto último tampoco está nadie muy seguro. Con el tiempo, se convirtió en Marilyn Monroe, se casó y divorció tres veces (entre sus maridos se encontraron Joe DiMaggio –el famoso jugador de baseball– y Arthur Miller, el dramaturgo). También tuvo relaciones muy estrechas, por decirlo de alguna manera, con el presidente Kennedy. La mencionamos aquí porque Monroe estaba adicta a los barbitúricos, y porque se encontró en su autopsia que tenía grandes cantidades de estas drogas en la sangre cuando murió en 1962. Tiene en común con otras figuras populares que también murieron jóvenes, como el mismo Kennedy, o más recientemente la Princesa Diana de Gales, el que su muerte ha dado pie a todo tipo de teorías de conspiración. Está claro que murió de una gran sobredosis de barbitúricos, que parece probable que tomara con la intención de matarse, y si Monroe no hubiera sido el *sex-symbol* más poderoso del siglo, ahí se habría quedado la cosa.

Ya no se usan barbitúricos como tranquilizantes porque son muy peligrosos. Ejercen su función de tranquilizar muy bien, pero la dosis letal es relativamente baja, o por decirlo de otra manera, es demasiado fácil suicidarse con barbitúricos, como hizo Marilyn. Muchos suicidios sólo son intencionales parcialmente, o sea, el individuo quiere dejar de pensar, dormir sin sueños, dejar de sufrir un rato, y no piensa específicamente en morir, o si lo hace, lo hace con ambigüedad³. En este tipo de situación, un frasco de barbitúricos en la mesilla de noche es muy peligroso. Marilyn estaba ya adicta a estas pastillas, que como muchas otras drogas, producen “tolerancia”, es decir, uno necesita una dosis gradualmente creciente para producir el mismo efecto. Se dice

3. Esto es lo que a veces dicen los supervivientes de una sobredosis de pastillas.



que el hecho de que Marilyn no siempre recordara sus diálogos cuando estaba rodando, o que a veces pareciera un poco desconectada en algunas escenas, quizá se debiera a los tranquilizantes que le corrían por la sangre.

Aldous Huxley escribió *Un mundo Feliz* en 1932. La felicidad del mundo en esa novela, que se desarrolla en el futuro, se debe, entre otras cosas, al “soma”, una droga que produce un estado de placidez y satisfacción total. El “soma” reproducía la felicidad sin efectos secundarios. El mundo feliz de esta novela, como el mundo de *La máquina del tiempo* de H.G. Wells (1895), o el de *Los ladrones de cuerpos* de Jack Finney (1954), es feliz porque no es consciente de sí mismo, y porque ha sacrificado la pasión y la libertad por la seguridad. No hay odio, pero tampoco hay amor. No hay miedo, pero tampoco hay esperanza. Huxley apunta así a una característica de las drogas de la que somos conscientes intuitivamente, que es el hecho de que es difícil, quizá incluso imposible, el inducir placer artificialmente sin pagar un precio más tarde. En una economía siniestra del placer, a la borrachera le sigue la resaca. Por eso el placer del “soma” tiene que ser neutro y sereno; parece tan apagado y muerto que seguramente no lo reconoceríamos como un placer verdadero.

Sin embargo, no hay razón teórica que establezca que no se pueda crear en el futuro una droga perfecta, una especie de “soma”, que como éste, no tenga efectos secundarios, pero que de verdad produzca un estado de satisfacción total. Como decíamos antes, si estuviéramos completamente satisfechos, no nos molestaríamos en hacer nada, lo que claramente sería muy peligroso. Hacemos cosas para ser felices en el proceso de hacerlas. Si ya tuviéramos esa felicidad, no habría razón para levantarse de la



cama. Salvo quizá la de seguir siendo humanos, seguir queriendo y odiando, seguir sintiendo miedo y esperanza.

Este es el momento de volver a la imagen del *junkie* inyectándose en el retrete. No es una estrella de Hollywood tomando pastillas, o un padre de familia que bebe porque está deprimido, pero como ellos, cree que la jeringa, o la pastilla, o la botella, va a contener un trozo de felicidad.



15

AYUNO Y ATRACONES: DE LA ANOREXIA A LA BULIMIA

Cuando la Princesa de Gales confesó que tenía Bulimia Nerviosa, la gente decidió quererla más todavía. Nunca ha sido fácil ser famoso. La fama crea expectativas difíciles de satisfacer, y nada excita con mayor éxito la curiosidad del público que la recién descubierta flaqueza de un personaje célebre. Los que acceden a la fama simplemente por causa de una posición adquirida, como les ocurre a aquellos que entran a formar parte de una familia real, lo tienen aún peor. En estos casos, es estadísticamente probable que el nuevo príncipe o princesa sólo pueda esgrimir en su defensa una cantidad de talentos parecida a la de la media del resto de nosotros, lo que seguramente no es muy prometedor. Se esperará de la princesa que sea bella y encantadora, que no tenga pasado personal, que sea capaz de desempeñar tareas de representación de estado, que sea aristócrata o se sepa desenvolver en un ambiente aristócrata, que acepte el protocolo de la corte, que sea discreta, y que dé hijos varones sin taras genéticas.



Desaparecidos los regímenes monárquicos de Rusia, Francia y Austria, la casa real Británica de los Windsor es hoy en día el único exponente Europeo de ininterrumpida tradición imperial (la Reina de Inglaterra es todavía Reina de Canadá y de Australia, aunque ya no sea Emperatriz de la India). Cuando la joven Lady Diana Spencer se prometió a Charles, Príncipe de Gales, la prensa internacional dudó en comparar este acontecimiento con el desenlace de un cuento de hadas. De hecho, hubo quien más específicamente comparó a Lady Diana con la Cenicienta, lo que resulta bastante irónico, teniendo en cuenta que Diana provenía de una de las familias más ricas y aristocráticas de Gran Bretaña. Pero la ocasión exigía dosis generosas de romanticismo, que a su vez no podría sobrevivir sin cierta cantidad de licencia literaria. Miles de chicas en el Reino Unido copiaron el peinado de su nueva princesa, y algunas incluso intentaron reproducir su misteriosa mirada. Unos años después, el peinado se pasó de moda, y el cuento de hadas se volvió agrio. Diana, Princesa de Gales, se divorció de su marido, y más tarde murió en un trágico accidente de coche en París. El proceso de separación produjo una cantidad enorme de publicidad acerca de la vida privada de Diana, y en concreto de su supuesta inestabilidad psicológica. La propia Princesa confesó en una entrevista televisada que la infelicidad de su matrimonio la había llevado a la bulimia y a la depresión. La Bulimia es un trastorno común en mujeres jóvenes, que se caracteriza por el uso de la comida como elemento de gratificación, y la inducción posterior del vómito para reducir el sentimiento de culpa producido por el empacho.

En el siglo XIX hubo otra historia real muy parecida a la de Diana. Elizabeth, Emperatriz de Austria, Reina de Hungría y de Bohemia, fue como Diana uno de los personajes más famosos de su época. Como Diana en relación a los Windsor, Elizabeth siempre se



sintió una extraña entre los Habsburgo austriacos, quizá en parte debido al hecho de que su procedencia no fuera austriaca, sino de la casa ducal bávara, aunque fuera por otra parte prima carnal del emperador Francisco José; por cierto, su origen no real también convirtió a la duquesa de quince años en una ilustre “Cenicienta”, cuando se anunció su compromiso de matrimonio con el Emperador. También Elizabeth –o Sissi, nombre familiar con el que la popularizó la actriz Romy Schneider en el cine romántico– se forjó la reputación de ser tímida pero muy agraciada, y su exuberante peinado era el más envidiado del imperio. La imagen dulce de la actriz que dio Sissi a conocer al público del cine también contrasta con su trágico final: Romy Schneider se suicidó a los cuarenta y cuatro años.

Tanto a Sissi como a Diana les costó adaptarse al sistema cortesano, frío y demasiado formal para ambas. Las dos mujeres se distanciaron de sus maridos, aunque Sissi, como primera dama de una casa real católica, naturalmente nunca se divorció. En lugar de una separación formal, Elizabeth se dedicó a viajar por toda Europa, mientras su marido ejercía su papel de jefe de estado y de gobierno en Viena. De la misma manera que Diana indudablemente ofrecía al público una imagen más romántica que la del Príncipe de Gales, Sissi fue siempre considerada mucho más atractiva e interesante que su aburrido marido, aunque también fuera criticada con frecuencia. Los que tomaron el partido de Charles en la ruptura de los Windsor acusaban a Diana de ser manipuladora y desequilibrada, insultos que en su día también tuvo que encajar Sissi. Mientras Charles daba conferencias sobre arquitectura, Diana bailaba al ritmo de música pop; mientras Charles representaba los valores de la vieja monarquía, Diana se interesaba por los que tenían SIDA, cambiando su derecho a ser Reina de Inglaterra por el título de “Reina de Corazo-



nes”, ambición ésta que ella misma expresó en su famosa entrevista para la BBC. Sissi también prefirió su pasión por la poesía y el mundo clásico a la vida de palacio, y su belleza y carisma la convirtió asimismo en “Reina de Corazones”, aun sin tener que perder su título real en el proceso.

Pero la coincidencia más curiosa entre estas dos mujeres de dos siglos diferentes es quizá el hecho de que ambas princesas desarrollaran trastornos psicológicos muy similares. Hoy en día los biógrafos de la emperatriz austriaca reconocen que Sissi era probablemente víctima de la Anorexia Nerviosa. Sissi atribuía una importancia enorme a su muy esbelta figura, y para conservar la brevedad de su talle se inflingía constantes “curas de hambre”. Su dieta oscilaba entre comer muy poco o no comer en absoluto. Otro síntoma típico de la anorexia nerviosa es la afición por el ejercicio físico excesivo, que Sissi practicaba en la forma de caminatas interminables y la gimnasia. Dice la biógrafa Brigitte Hamann que las pobres damas de honor de la emperatriz sufrían muchísimo teniendo que seguir a Sissi en sus larguísimos paseos, que además se andaban a gran velocidad. Todavía se conservan en el Hofburg de Viena los aparatos de gimnasia de la emperatriz, actividad ésta que se consideraba cuando menos excéntrica en una dama de tan alto rango. Sissi tenía además pasión por montar a caballo, aunque al menos no de noche, como prefería hacerlo su primo loco, el Rey de Baviera. Por último, se dice que Sissi tenía un carácter bastante frío a la hora de interesarse por el sexo, lo que también podría considerarse como un síntoma de anorexia; este punto sin embargo es difícil de definir, y queda por lo tanto abierto a la especulación.

Recuerdo al Profesor Russell, con su aspecto sofisticado, académico, y un poco antiguo, pensativo en los pasillos de un hospital



psiquiátrico, donde tenía algunos de sus pacientes. El Profesor Russell acuñó en 1979 el término Bulimia Nerviosa, asociando de esta manera la Bulimia a la Anorexia, con la que comparte adjetivo. Estas enfermedades, que afectan sobre todo a mujeres jóvenes, tienen mucho en común. De hecho, muchas de las chicas que tienen anorexia también tienen bulimia, y viceversa, no necesariamente como dos “enfermedades” o “síndromes” simultáneos, pero sí como una combinación de ambos *comportamientos*, el anoréxico y el bulímico.

Alguien llamado Morton describió casos de anorexia en el siglo XVII, lo que supongo demuestra que la anorexia no es simplemente el resultado de que las chicas jóvenes quieran estar delgadas hoy en día, porque así lo exija la moda –la silueta anoréxica no habría tenido mucho éxito en el siglo XVII–. Sin embargo, sí es verdad que la prevalencia de estas enfermedades es mucho más baja en el tercer mundo, aunque las causas de esta diferencia son seguramente complejas. Estas chicas suelen ser de clase social más bien acomodada, tanto en la anorexia como en la bulimia. Esto es raro en la psiquiatría. Casi todas las otras aflicciones mentales, o bien son neutras en su distribución social, o se encuentran con más frecuencia en las clases menos privilegiadas. El vivir mal es malo para la salud mental (y no hace falta ser psiquiatra para saberlo). Pero no es tan sencillo: el tener problemas psiquiátricos tampoco facilita el ascenso en la escala social, así que el pertenecer a las clases bajas, sobre todo a lo que se llama en inglés “*underclass*”¹ –o indigente– puede ser tanto la causa como la consecuencia de un

1. Escribo esta palabra en inglés porque es un concepto muy anglo-sajón. Tanto la sociedad americana como la Británica tienen diferencias marcadísimas entre sus clases sociales, y ambas han generado una clase urbana indigente, en la que se han incluido muchos desafortunados enfermos psiquiátricos.



problema psiquiátrico. Con frecuencia, por supuesto, no es ni una cosa ni la otra.

Las chicas anoréxicas suelen hacer muchísimo ejercicio, como Sissi, y tienen una preocupación excesiva por la comida. Lo curioso es que esta preocupación no suele tomar forma de odio o aversión, como cabría esperar, ya que se esfuerzan tanto en evitarla, sino todo lo contrario. Por ejemplo, a estas chicas les suele gustar hablar de recetas, e incluso cocinar. En otras palabras, la anorexia no es simplemente una cuestión de repugnancia hacia la función digestiva. La proporción de mujeres jóvenes con Trastornos de la Conducta Alimentaria, tales como la anorexia o la bulimia, es quizá un 1 o 2%, aunque como siempre en psiquiatría, estas cifras tienden a variar muchísimo, dependiendo de qué autor se consulte y de qué criterios se usen para su diagnóstico.

Las pacientes anoréxicas son típicamente chicas más bien introvertidas, un poquito obsesivas, y con poca experiencia sexual. Una cosa interesante, y quizá preocupante, que pasa en la psiquiatría (y seguramente en la sociedad en general), es que cuando se intenta esclarecer un fenómeno que es mayoritariamente femenino, se tiende con demasiada frecuencia a encontrar explicaciones de índole sexual. Por lo tanto, no es de extrañar que la anorexia se haya interpretado en el pasado como una variedad de la histeria, o el que se piense que el rechazo de la comida esté relacionado con un rechazo del papel sexual femenino. Sí que es cierto que la amenorrea (pérdida de la regla), que es una consecuencia de la desnutrición a la que se someten al dejar de comer, es una condición necesaria para el diagnóstico de la anorexia. También es verdad que lo que consiguen al no comer es, hasta cierto punto, frenar su desarrollo sexual, y de esta manera, evitar las ansiedades



y responsabilidades que debe soportar un sujeto sexual maduro. Hay que notar sin embargo que no les pasa lo mismo a los chicos de la misma edad, o para ser más preciso, les pasa con mucha menor frecuencia (alrededor de un 10% de los casos de anorexia son chicos).

La auto-estima de estas pacientes suele ser baja, lo que puede estar relacionado con su perfeccionismo, y con el hecho de que típicamente pertenecen a familias que también son perfeccionistas, además de poco flexibles.

Una chica portuguesa de diecisiete años tiene una hermana gemela a la que adora. Siente que ocupa demasiado espacio en el mundo, así que apenas come, para abultar así menos. Le parece inapropiado el tener tanto o más volumen que su hermana. Ella piensa que su hermana tiene más derecho a acumular masa corporal, por ser mucho mejor que ella. El dejar de comer es para esta chica una manera de ocupar sólo el espacio que se merece, que ella cree que debe ser muy poco.

Esto no sería tanto problema si no fuera por otra característica de esta enfermedad, que es la percepción distorsionada de la imagen corporal. Lo que esto quiere decir es que la paciente cree que está gorda cuando no lo está. Lo peor es que esta distorsión de la imagen corporal continúa durante el proceso de pérdida de peso. Es decir, la enferma sigue pensando que está repulsivamente gorda cuando tiene poco más peso que un esqueleto. Por lo tanto, siente la necesidad de seguir adelgazando. Este círculo vicioso explica que esta enfermedad sea a veces fatal, como fue el caso de Karen Carpenter, la solista de "Carpenters". Karen y su hermano, los componentes de Carpenters, tuvieron muchísimo éxito en el mercado de la música ligera de los años setenta. El estilo purísimo que tenía Karen cantando evoca, en su control y perfección, los rasgos de personalidad



asociados con la enfermedad que la mató. Resulta difícil de entender el que una enfermedad psicológica, en la que la paciente ni siquiera está psicótica, pueda resultar en un desenlace fatal. Es relativamente raro, pero pasa.

Alrededor de un 50% de las pacientes con Anorexia Nerviosa tienen un pronóstico favorable. A corto plazo, por lo menos, el pronóstico tiende a ser bastante bueno, salvo que la presentación inicial sea muy severa. El tratamiento consiste principalmente en someter a la paciente a una terapia de modificación conductual, cognitiva, y quizá también familiar. Lo que esto quiere decir es que se establece un programa, en el que se enseña a la paciente a percibir su cuerpo de manera diferente, y a la vez, se recompensa la ingesta de comida y el aumento de peso. El objetivo de la terapia familiar es el modificar los patrones de relaciones familiares que puedan haber contribuido a crear o mantener el problema. La medicación tiene un valor muy limitado en la Anorexia, usándose sobre todo para tratar complicaciones, como la depresión o la ansiedad. Hay quien usa pastillas para estimular el apetito, pero no parece que funcionen muy bien.

La paciente de Bulimia Nerviosa, como Lady Di, también tiene una preocupación excesiva por la comida, que consume en grandes atracones. Después, la paciente se induce el vómito, para que lo que haya comido antes no le engorde. Además, suelen usar laxantes para producir diarrea, que reduce la absorción de grasas y otros nutrientes. El meterse los dedos en la garganta de manera repetida para provocar el vómito acaba creando callos en las yemas, expuestas con tanta frecuencia al ácido gástrico, que también erosiona el esmalte dental. Como cabe imaginar, el vomitar tanto es malo para la salud, creando a veces problemas metabólicos importantes. Pero



como lo metabólico no siempre se ve, o se siente, el advertir a la paciente que el vomitar mucho le va a poner los dientes amarillos es a veces más eficaz que el decirle que le va a dar arritmias cardíacas. Períodos de atracones incesantes llevan después a períodos de adelgazamiento obsesivo, con comportamiento anoréxico.

Las chicas con conducta bulímica suelen ser mayores que las que tienen anorexia pura. La personalidad es distinta, menos perfeccionista, y con menos candidez sexual. No es raro que la paciente bulímica esté deprimida, que beba demasiado, o que use drogas. Les gusta la gratificación inmediata, que persiguen con la comida o con sustancias intoxicantes.

Como en la Anorexia, la psicoterapia es un tratamiento eficaz en este trastorno, pero a diferencia de ésta, los antidepresivos sí tienen un papel significativo. Los antidepresivos antiguos (tricíclicos), como la Imipramina o la Amitriptilina, tienden a hacer engordar, así que se suelen preferir los más modernos, como la Fluoxetina (*Prozac*®). Hay que explicar a la paciente que la dosis que se recomienda para la Bulimia es más alta que la que se usaría para la depresión. Parece ser que algunos antidepresivos consiguen disminuir de manera específica la necesidad de darse atracones, incluso cuando no hay depresión que acompañe a la Bulimia. Sin embargo, si la paciente está deprimida, como suele ser el caso, también se espera que el antidepresivo ayude a aliviar su melancolía.

Los fármacos que estimulan el sistema nervioso central, como las anfetaminas, también se han usado para disminuir el apetito, tanto en la Bulimia como en la obesidad. El problema es que tienen efectos secundarios muy problemáticos. Por ejemplo, una de las cosas que están mejor establecidas en psiquiatría es el que las anfetaminas pueden producir un cuadro psicótico indistinguible de la



esquizofrenia. Hace muchos años, estos fármacos se prescribían con mucha liberalidad, simplemente para ayudar a perder peso. Como consecuencia, todavía encuentra uno a señoras de ochenta años con adicción a las anfetaminas, que se deprimen de manera catastrófica cuando su médico les para la receta, en un ataque de exceso de celo profesional.

El pronóstico de la Bulimia Nerviosa es muy variable, y depende en gran medida de si la paciente está psicológicamente equilibrada en otros aspectos, tales como su personalidad y su capacidad de relacionarse con otros de manera satisfactoria.

Resulta interesante que dos princesas, Sissi y Diana, con características personales y papeles históricos tan parecidos, coincidieran también en cierta medida en la expresión de sus problemas psicológicos. La Anorexia de Sissi y la Bulimia de Diana son dos caras de la misma moneda. Pero queda la pregunta del “por qué”; por qué fueron las dos princesas tan infelices, y por qué implicaron las dos a la comida en su infelicidad. La infelicidad la provocó seguramente el fracaso de sus matrimonios y las exigencias de sus papeles públicos. La respuesta a la segunda pregunta es más compleja, pero baste decir que la comida tiene un papel psicológico muy importante como factor de control y de gratificación, dos cosas que quizá no sean tan abundantes en las vidas de las princesas como normalmente suponemos. Puestos a especular sobre su infelicidad, podríamos decir que estas dos mujeres han compartido un mismo miedo en sus respectivos cuentos de hadas: el de defraudar a su público y romper el hechizo. Como la historia, los cuentos de hadas se repiten.



16

CUANDO EL SUEÑO ES UN PROBLEMA

Dormir, acaso soñar.

(En Hamlet, Shakespeare).

Pasamos la tercera parte de nuestras vidas durmiendo, lo que a primera vista parece una pérdida de tiempo. Y a pesar de ser ésta una actividad en la que invertimos tanto, y a pesar de los avances de la ciencia moderna, todavía no sabemos para qué sirve el dormir. Otro aspecto intrigante del sueño es el hecho de que, tanto nosotros como todos los otros animales que duermen, somos muy vulnerables cuando estamos dormidos. Esto sugiere que el dormir debe tener una función biológica muy importante, si la evolución nos ha programado para tomar este riesgo tan significativo todas las noches. Es posible que sea una manera de ahorrar energía cuando no hay manera de adquirirla –no se puede uno ir a cazar o a recoger fruta a la noche–. Hay quien cree que el estar dormido es nuestro estado biológico “normal”, y que sólo necesitamos despertarnos para comer y para ir al baño, lo que le hace a uno preguntarse si mi “yo” principal es “yo dormido” o “yo despierto”... como



dijo un filósofo chino llamado Zhuangzi en el siglo cuarto antes de Cristo, “no sé si yo fui un hombre que soñó que era una mariposa, o si ahora soy una mariposa que sueña que es un hombre”.

El aspecto del dormir que parece más interesante es el soñar. Ya hemos establecido que no hay acuerdo sobre para qué sirve el dormir, pero las teorías acerca de la función de los sueños son incluso más diversas. Todo el mundo sabe que según Sigmund Freud, los sueños son una ventana por la que se puede acceder a la vida psicológica interior del paciente. De hecho, Freud escribió una serie de ensayos al respecto, que él consideraba ser su mejor aportación al entendimiento de la mente humana. Desde el momento en el que Freud dio a conocer sus teorías, hace ya más de un siglo, hubo muchos a quienes no les gustó nada, y todavía sigue pasando lo mismo. Lo que quizá es más sorprendente es el hecho de que las teorías alternativas en relación a la función de los sueños son a veces, no ya diferentes, sino diametralmente opuestas a lo que decía Freud. Por ejemplo, hay quien piensa que los sueños, lejos de tener un significado psicológico enorme, no tienen en realidad ningún significado en absoluto, y son simplemente “ruido” que produce el cerebro más o menos al azar. Esto es lo que se llama un epifenómeno, es decir, algo sin importancia, que pasa por causa de otros procesos más importantes, en este caso, el estar dormido.

Otra manera de entender los sueños es el otorgarles una función biológica, en vez de psicológica. Cuando soñamos, nuestro cerebro produce un tipo de ondas eléctricas que se llama REM, que son las siglas de *Rapid Eye Movement*, o Movimientos Rápidos Oculares. Se llama así esta fase del sueño porque durante ella movemos los ojos con rapidez, debajo de los párpados cerrados. Dice Colin Blakemore, en su excelente libro *The Mind Machine*, que los recién nacidos, así



como muchos animales, también tienen fase REM durante su sueño, lo que quiere decir que ellos también sueñan. Si una rata necesita soñar, es improbable que sea por razones psicodinámicas, o para resolver complejos traumas emocionales; es más probable que los sueños tengan una función biológica, como por ejemplo el olvidar. Decíamos en el primer capítulo que necesitamos olvidar para poder recordar, así que los sueños quizá sirvan para desechar material superfluo de la memoria, o para fijar en ella cosas importantes. También dice Colin Blakemore, citando a otro autor llamado Crick, que los delfines no tienen fase REM, pero sí un cerebro enorme, y que quizá necesiten un cerebro tan grande porque no pueden olvidar nada.

Incluso si los sueños no tienen una función psicológica como tal, esto no quiere decir que los problemas psicológicos no se puedan expresar en ellos. Una casa no *sirve para* almacenar suciedad, aunque sí la tenga. Freud, por supuesto, fue más allá, poniendo a los sueños en el centro de nuestra psique. Se ha dicho que desde un punto de vista psicológico, la mente “quiere” soñar, mientras que desde un punto de vista biológico, la mente “necesita” soñar.

La fase REM también se llama sueño paradójico. Se llama así porque presenta dos paradojas: por una parte, el cerebro está dormido, pero a la vez está muy activo (y seguramente soñando¹). De hecho, es más difícil despertar a alguien cuando está en fase REM. La otra paradoja es que el cerebro está, como hemos dicho, muy activado en esta fase, y sin embargo el cuerpo está literalmente paralizado, (aunque el pene esté erecto en los hombres durante este estadio).

1. Se sabe ahora que a veces también soñamos en fases que no son REM, como lo que se llama onda lenta, o también en la primera etapa del sueño, cuando nos quedamos dormidos, pero el REM sigue siendo el período más íntimamente asociado con los sueños.



Se han llevado a cabo estudios en América sobre el contenido de los sueños. Estos estudios han concluido que la mayor parte de los sueños, en la mayor parte de la gente, son más bien aburridos, cuando no desagradables. Con más frecuencia de lo que nos gustaría, soñamos sobre cosas que nos dan miedo, o sobre fracasos o derrotas. Así que cuando Dorothy canta en *El Mago de Oz* que encima del arco iris es donde los sueños se hacen realidad, seguramente estaba pensando en otro tipo de sueños.

Hablando de tristeza, vale la pena reseñar que cuando estamos deprimidos, empezamos a soñar más temprano (la fase REM comienza antes), pero los antidepresivos evitan el comienzo precoz de estos sueños, aunque también aumentan el tiempo que pasamos soñando. De hecho, a veces estimulan tanto los sueños, que el paciente deja de tomar la medicación, hartado de despertarse con sudores y pesadillas. Pero esto sólo pasa rara vez.

Evelyn Waugh, el autor de *Retorno a Brideshead*, sufría de insomnio, y decía que siempre se iba pronto a la cama, porque cuando uno tiene insomnio, hay que descansar mucho. Esto no es necesariamente buen consejo, pero ilustra el hecho de que el insomnio es un problema serio para quien lo padece. Cerca de un tercio de los adultos en la población general dicen que duermen mal. La falta de satisfacción con el sueño aumenta a medida que nos vamos haciendo viejos, sobre todo entre las mujeres.

Curiosamente, no siempre que creemos estar despiertos lo estamos de verdad. Existe una técnica llamada *Polisomnografía*, con la que se puede establecer objetivamente, por medio de electrodos aplicados al cráneo y párpados del sujeto, si éste está dormido o no. Lo que se ha demostrado es que la creencia, por ejemplo, de que uno no ha pegado ojo, no siempre se refleja en los resultados de la



polisomnografía, que puede mostrar periodos de sueño de los que el paciente no se acuerda. Se cree que la razón de esta discrepancia puede ser la aparición ocasional de ciertos ritmos cerebrales (β y γ) al comienzo del sueño, que no es cuando les toca aparecer, y que esto interfiere con la amnesia normal del sueño; es decir, el insomne se acuerda de que está en la cama, lo que su cerebro interpreta como evidencia de que está despierto, cuando en realidad no lo está. Por otra parte, tampoco es de extrañar que alguien con tendencia al insomnio no duerma muy bien cuando se le han puesto cables y electrodos hasta en los párpados.

La gente mayor duerme peor, a pesar de que tienen menos problemas en conciliar el sueño. También se despiertan con más facilidad con los ruidos, a pesar de oír mal. Hay una reducción en la “eficacia” del sueño con el avance de la edad: se pasa mucho tiempo en la cama, pero se duerme menos. Dormimos una media de 7,7 horas entre los diecinueve y los treinta años, y de 6 horas entre los cincuenta y los noventa años. La “arquitectura”, o estructura del sueño, está peor definida en los ancianos, produciendo un círculo vicioso de sueño de mala calidad a la noche y frecuentes cabezadas durante el día, culminando en la desincronización del ritmo Circadiano², o ciclo sueño-vigilia. Por cierto, nuestro ciclo es de unas veinticinco horas, en vez de veinticuatro.

El insomnio puede aparecer de manera espontánea (lo que se llama insomnio primario), o puede ser provocado por el dolor, acidez de estómago, la Apnea Nocturna³, el Síndrome de las Piernas

2. Así llamado por coincidir aproximadamente, o ser “cercano al día”.

3. La Apnea Nocturna consiste en ronquidos muy aparatosos, seguidos de períodos en los que el paciente deja de respirar, hasta que, después de unos segundos, recupera la respiración con un estertor.



Inquietas⁴, o por la depresión. La persona deprimida se suele dormir sin mayor problema, pero se despierta muy pronto, quizá sólo dos o tres horas más tarde. Este es su peor momento del día, cuando siente más melancolía y más angustia. Las personas con rasgos neuróticos, o con tendencia a excitarse con facilidad, duermen peor.

Se dice que la conciencia puede afectar el sueño. Decía Woody Allen que hay dos tipos de personas: buenas y malas; las buenas duermen mejor, pero durante el día, las malas se lo pasan mejor.

Mucha gente usa bebidas alcohólicas para aliviar el insomnio, pero esto no es una idea muy buena por tres razones: la primera es que el alcohol es un hipnótico muy malo, porque después de muy pocas horas no sólo deja de funcionar, sino que produce un efecto “rebote” que deja al pobre individuo incluso más ansioso y desvelado de lo que estaba antes. La segunda es que el usar el alcohol como fármaco siempre conlleva un riesgo significativo de adicción. Y la tercera razón es que el alcohol deprime, lo que a su vez produce más insomnio.

En 1961 aparecieron las primeras Benzodiazepinas, que es el grupo al que pertenece el Diazepam, también llamado *Valium*[®] (que es una marca comercial). Se estima que quinientos millones de personas en el mundo han tomado benzodiazepinas. El *Valium*[®] era la medicina más recetada del planeta en los años setenta. Ahora tenemos otro tipo de hipnótico, como la Zopliclona y el Zolpidem, cuyos fabricantes nos aseguran que causan muchos menos problemas que las benzodiazepinas, a pesar de que actúen en los mismos receptores en el cerebro.

4. El paciente con este síndrome tiene una sensación desagradable en las piernas, algo así como una necesidad imperiosa de moverlas. Lógicamente, es imposible dormirse cuando uno está moviendo las piernas de manera constante. Se trata con Dopa, como la enfermedad de Parkinson.



Los hipnóticos tienden a reducir la fase REM. En muchos aspectos, se comportan de una manera comparable al alcohol, y como éste, pueden producir insomnio y ansiedad de rebote cuando se deja de tomarlos. Por cierto, los pastillas para dormir son esencialmente las mismas pastillas que se usan como tranquilizantes en los trastornos de ansiedad. El problema con los medicamentos que reducen la ansiedad de manera inmediata es que tienen el riesgo (todavía no probado en el caso de la última generación de hipnóticos) de poder crear tolerancia y dependencia, que es otra cosa que tienen en común con el alcohol.

Muchos médicos se resisten a recetar estas medicinas, por miedo a que se les acuse de “crear” una adicción en su paciente. Esto ha resultado en una actitud hacia las pastillas de dormir que se podría calificar de “puritana” entre estos médicos, que contrasta mucho con la liberalidad tan enorme con la que se recetaban los hipnóticos en los años sesenta y setenta. Aun así, en un país grande europeo, un millón de ancianos todavía toman una pastilla para dormir cada noche.

En teoría al menos, uno debería intentar otros tratamientos, no farmacológicos, antes de tomar pastillas para el insomnio. La estrategia terapéutica principal es lo que se llama “higiene del sueño”, que consiste en medidas muy de sentido común, pero frecuentemente ignoradas, tales como no hincharse a comida o alcohol justo antes de irse a la cama, evitar el café o el té más tarde del mediodía, o el no pasarse con siestas y cabezadas durante el día. La gente mayor también debe recordar que necesitan dormir menos, y que si se van a la cama muy pronto, como muchos hacen, se van a despertar tempranísimo, pero eso no quiere decir que tengan insomnio.



Recuerdo un psiquiatra árabe con el que trabajé, muy carismático, que usaba una técnica paradójica para tratar el insomnio: él le ordenaba a su paciente insomne *no dormir*. El que a uno *no se le permite* dormir evita la “ansiedad anticipada”⁵ de *deber* dormir, así que con esta técnica el paciente se relajaba... y se dormía. Otra estrategia es la de *dormir poco*, que también parece un poco absurdo –algo así como aconsejar el comer poco para curar el hambre– pero que tiene mucho sentido para algunos pacientes, porque la limitación del sueño crea mayor “presión” de sueño para la noche siguiente, disminuyendo así la posibilidad de insomnio. Mucha gente se sorprende al saber que la supresión total del sueño durante un período de tiempo tiene efectos *antidepresivos*, cuando uno quizá esperaría lo contrario. Después de todo, es parte de la sabiduría popular que el dormir bien es bueno para los nervios. En realidad, la explicación de este fenómeno no está reñida con el que el dormir sea bueno para combatir la depresión; lo que seguramente pasa es que cuando no se le permite dormir al cerebro, éste exige con mayor aplomo que se le deje dormir. La “arquitectura” del sueño resultante es de mejor calidad, lo que a su vez ayuda a mejorar la depresión. Paradójicamente, las curas de sueño, inducidas por tranquilizantes muy potentes, como los barbitúricos, también se han usado para tratar la depresión. Este tratamiento no se usa con mucha frecuencia hoy en día.

Dentro de la espesura del cerebro hay una glándula muy pequeña, llamada “Pineal”, que está involucrada en la regulación

5. La “ansiedad anticipada” es un fenómeno que también puede ocurrir en algunos trastornos sexuales, como la impotencia o la eyaculación precoz, cuando la proximidad del encuentro sexual provoca un miedo al fracaso, y este miedo empeora la impotencia del paciente, creando así un círculo vicioso.



del ciclo de sueño y vigilia, a través de la producción de una hormona llamada melatonina. Esta hormona se secreta a la noche, y le dice al cerebro, así como al resto del cuerpo, que es hora de dormir. Es curioso que esta glándula sea fotoreceptiva (sensible a la luz) en algunos peces, por lo que hay quien la considera como un “tercer ojo”. En nuestra especie, la Glándula Pineal está conectada a los ojos a través de nervios, así que sabe cuándo es de día y cuándo es de noche, lo que le indica si debe secretar melatonina o no.

El “*jet-lag*” (desfase de aviación) es un trastorno del ciclo sueño-vigilia muy nuevo, algo que no existía hace un par de generaciones. El *jet-lag* ocurre cuando se vuela a través de varias zonas horarias, con el resultado de que el ritmo de secreción de melatonina que teníamos en el aeropuerto de origen no se corresponde con la hora en el aeropuerto de llegada. El reloj dice que es una hora, pero el cuerpo dice que es otra. Como con los cambios de turnos laborales, es mejor ir “hacia adelante” que hacia atrás; es decir, el *jet-lag* se nota menos cuando se vuela hacia el Oeste, de tal manera que uno es capaz de disfrutar una estancia de unas semanas en Nueva York sin problemas de insomnio, pero éste aparece al volver a Europa. Lógicamente, no se sufre *jet-lag* en vuelos de Norte a Sur, o viceversa, cuando no se cruzan zonas horarias, por muy lejos que se vaya.

Un ejecutivo que trabaje simultáneamente en tres sedes (por ejemplo, Los Ángeles, Londres, y Tokio), volando continuamente entre ellas, acabará seguramente en un estado de *jet-lag* permanente. El cambiar de turnos en el trabajo también altera el ritmo circadiano del cerebro, como el volar a otro continente. Los que han hecho este tipo de trabajo durante años, a veces siguen durmiendo mal años después de haber dejado de hacer turnos. Es posible que



tanto turno les haya trastornado el “reloj” del cerebro, y que éste necesite después mucho tiempo para convencerse de que a la noche hay que dormir.

Con menos frecuencia que el insomnio, se encuentran casos de “hipersomnias” (exceso de sueño), tales como la Narcolepsia. En este trastorno, el paciente se duerme de repente y de manera casi inevitable, en cualquier situación, lo que claramente puede ser muy problemático. Por ejemplo, el enfermo se puede dormir al volante del coche, o en medio de una conversación con su jefe en el trabajo. También suelen tener Cataplejía, que es una incapacidad súbita de moverse, o caídas al suelo repentinas. La razón de los ataques catapléjicos es la pérdida de tono muscular, que no suele durar mucho. Estas crisis pueden ser iniciadas por un ataque de risa o de llanto, así que estos enfermos tratan de no reírse, y evitan las emociones intensas de cualquier tipo. Cuando se empiezan a dormir, o cuando se despiertan, los enfermos de Narcolepsia pueden tener “Parálisis del Sueño”, que es como la parálisis por falta de tono muscular en la Cataplejía, pero a veces acompañada de alucinaciones⁶.

Lógicamente, la experiencia de no poder moverse al despertarse es intensamente ingrata, sobre todo si uno está también alucinando. Para poner las cosas todavía peor, estas alucinaciones pueden ser muy realistas y muy amenazantes: por ejemplo, el paciente oye o ve un monstruo que le va a atacar, pero no puede moverse para evitar el ataque... Se considera que estas alucinaciones son pesadillas que ocurren fuera del sueño. La Narcolepsia se

6. Estas alucinaciones se llaman *hipnagógicas* o *hipnopómpicas*, según aparezcan cuando el individuo se está durmiendo, o cuando se está despertando, respectivamente.



trata con fármacos estimulantes, como el Metilfenidato⁷, o a veces las anfetaminas.

Comentábamos antes que el cuerpo se paraliza durante la fase REM del sueño. Pues bien, es por esto que los enfermos de narcolepsia pueden tener ataques de parálisis repentina, cuando no parecen estar dormidos: la razón es que entran en fase REM mientras están todavía despiertos, como se ha comprobado con polisomnografía. Y las alucinaciones son en realidad pesadillas, como las que ocurren en la fase REM del sueño normal, pero fuera de contexto.

Un fenómeno opuesto sería el del que tiene pesadillas *fuera* de la fase REM, como pasa con los Terrores Nocturnos, que son unos sueños muy malos que asustan muchísimo a algunos niños. Son más dramáticos que una pesadilla normal, y a veces da la impresión de que el niño está en realidad despierto, aunque en realidad no lo está. Para complicar las cosas todavía más, hay gente que sufre pesadillas cuando es debido, es decir, durante la fase REM, pero el mecanismo de la parálisis REM no les funciona como debería: el resultado es lo que se llama el Trastorno de Conducta de la Fase REM, en el que el paciente representa, moviéndose con mucho ímpetu, lo que está viviendo en su sueño, que con frecuencia es violento. Ni que decir tiene, esto puede ser un problema significativo para la pareja.

Otro mito, ya no muy popular, la verdad, es el de que es malo despertar a un sonámbulo. Los sonámbulos (la palabra proviene del ambular durante el sueño) suelen ser niños, a quienes se les suele pasar el problema de manera espontánea al crecer. Para el alivio del lector, este trastorno no tiene nada que ver con la fase

7. Droga ésta que también se usa a veces en el Trastorno por Déficit de Atención en los niños, o lo que se solía llamar Síndrome de Hiperactividad.



REM. Y no, no pasa nada del otro mundo cuando se les despierta. Muchos de estos trastornos se tratan con benzodiazepinas, que son las pastillas para dormir de las que hablábamos antes.

Del sonámbulo al insomne, del que duerme demasiado al que no consigue pegar ojo, el sueño, en cualquier caso, es el reflejo de nuestras vidas, incluso para el que no crea en Freud. Como dijo el escritor Scott Fitzgerald, el insomnio de uno es tan diferente del de otro, como son diferentes sus esperanzas y aspiraciones durante el día. Calderón tenía razón: la vida es sueño.



EPÍLOGO

En nuestro recorrido por la mente humana y sus desórdenes, hemos descubierto cosas importantes. Hemos visto que no sabemos dónde está el alma, pero que la mente está en el cerebro, que la infelicidad y la depresión tiene mucho en común, pero que no son lo mismo, que el maníaco no es feliz, que la esquizofrenia tiene poco de romántico y nada de personalidades dobles, que el miedo y las neurosis son cosas serias, y que los psicópatas no se comen normalmente el hígado de sus víctimas con Chianti. También hemos visto las diferencias entre psiquiatras y psicólogos, hemos descubierto que la demencia es como una tormenta de arena, que el que bebe para olvidar a veces lo consigue, que la TEC funciona, que el loco peligroso quizá viva en casa, y lo más importante de todo: que las enfermedades mentales sí existen, a pesar de lo que digan algunos.

El “loco” ya no vive (normalmente) encerrado en una torre, como en la novela *Jane Eyre*, y no se muestra como una atracción de feria, como pasaba en el Londres de antaño. Ahora hablamos de personas con problemas de salud mental, que van al ambulatorio a ver al médico o al psicólogo, para que les mejoren su dolencia. Estas



personas pueden estar deprimidas, o psicóticas, o beber un poco demasiado, o seguir rituales mágicos que no les permiten funcionar. Si uno sumara la probabilidad de sufrir alguno de estos problemas a lo largo de nuestra vida, nos daríamos cuenta de que gran parte de nosotros nos vamos a ver afectados en algún momento. Así que las personas con problemas de salud mental no son “ellos”. Esas personas somos, hemos sido, o puede que vayamos a ser, “nosotros”.

Si el lector tiene un problema de salud mental, espero que este libro le haya animado a pedir ayuda a su médico. Si el lector no tiene un problema de salud mental, espero que el libro le haya ayudado a mirar con simpatía y compasión a quien sí lo tiene.

*Rafa Euba,
Londres, 2006.*



BIBLIOGRAFÍA

- BEARD, G. *American Nervousness, With its Causes and Consequences. (Nervous exhaustion, neurasthenia)*. 1880. Arno Press, Nueva York, 1972.
- BEARD, G. "Neurasthenia, or nervous exhaustion". *The Boston Medical and Surgical Journal*, 1869; 3:217-221.
- BENTALL, R.P. "A proposal to classify happiness as a psychiatric disorder". *Journal of Medical Ethics* 1992; 18:94-8.
- BETTELHEIM, B. *The informed heart*. Penguin Books, Londres, 1991.
- BIRD, J. y HARRISON, G. *Examination notes in psychiatry*. Wright, Bristol, 1987.
- BLAKEMORE, C. *The mind machine*. BBC Books, Londres, 1990.
- BREUER, J. "Fräulein Anna O". En *Estudios sobre la Histeria (3. Studies on Histeria)*. Sigmund Freud y Joseph Breuer. Penguin Books, Londres, 1991.
- BRONTE, C. *Jane Eyre*. Editorial Planeta, Barcelona, 2003.
- BROWNSTEIN, M. y SOLYOM, L. "The dilemma of Howard Hughes: paradoxical behavior in compulsive disorders". *Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie*, 1986; 31: 238-40.



- CAPOTE, T. *A Sangre Fría*. Círculo De Lectores. Barcelona. 1972.
- CAPOTE, T. *Desayuno en Tiffany's*. Bruguera, Barcelona, 1979.
- CERVANTES SAAVEDRA, M. *Don Quijote de La Mancha*. Editorial Edaf, S.A., Madrid, 2003.
- CHURCHWELL, S. *The many lives of Marilyn Monroe*. Granta Books, Londres, 2004.
- CLARKE KEOGH, P. *Elvis Presley. The man. The life. The legend*. Simon & Schuster, Londres, 2004.
- DOWN, J.L.H. "Observations on an Ethnic Classification of Idiots". *London Hospital Reports*, 3:259-262, 1866.
- FINNEY, J. *Los ladrones de cuerpos*. Bibliópolis, Madrid, 2002.
- FREUD, S. "Dostoevsky and Parricide", en *Dostoevsky: A Collection of Critical Essays*, ed. René Wellek (Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1962).
- FREUD, S. "Duelo y melancolía", en *Freud, Obras completas*. Madrid: Orbis, 1988. 11:2091-100.
- FREUD, S. "El empleo de la interpretación de los sueños en el psicoanálisis", en *Freud, Obras Completas*. Madrid: Orbis, 1988. 8:1644-1647.
- GIOVANNONI, G.; O'SULLIVAN, J.D.; TURNER, K., et al. "Hedonistic homeostatic dysregulation in patients with Parkinson's disease on dopamine replacement therapies". *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000; 68:423-428.
- GREEN, V. *The madness of kings. Personal trauma and the fate of nations*. Alan Sutton, Stroud, 1993.
- GURALNICK, P. *Careless love: the unmaking of Elvis Presley*. Abacus, Londres, 2000.
- HAMANN, B. *Sisi, Emperatriz en contra de su voluntad*. Juventud, Barcelona, 1989.



- HARLOW, J.M. "Recovery from the passage of an iron rod through the head". *Massachusetts Medical Society Publication*, 1868; 2: 338-340.
- HARRIS, Thomas. *El Silencio de los Corderos*. Editorial Círculo de Lectores, Barcelona, 1990.
- Hilgard's Introduction to Psychology*. 13ª Ed. Harcourt College Publishers, Londres, 2000.
- HOSZTAFI, S. "La historia de la heroína". *Acta Phramaceutica Hungarica*, 2001; 71:233-242.
- HUXLEY, A. *Un mundo feliz*. Plaza y Janés, Madrid, 1999.
- Independent Television (ITV). Wilson. 2006.
- KAFKA, F. *Metamorphosis*. Minerva, Londres, 1995.
- KENNEDY, R.E. y ZEALLEY, A.K. (ed.). *Companion to psychiatric studies*. Churchill Livingstone, Edinburgh, 1983.
- KESEY, K. *Alguien voló sobre el nido del cuco*. Editorial Círculo De Lectores, Barcelona, 1976.
- KIERULF, H. y KJETSAA G. *La epilepsia de Dostoyevsky – un nuevo enfoque para la enfermedad de un gran escritor*. Tidsskr Nor Laegeforen. 1999; 119: 2474-6.
- LURIA, A.R. *The Mind of a Mnemonist: A Little Book about a Vast Memory*. Basic Books. Nueva York, 1968.
- MAGHERINI G, 1992. *Sindrome di Stendhal*. Milán: Fettrinelli.
- McMILLAN, J. y KOFOED, L. "Sociobiology and Antisocial Personality. An alternative perspective". *Nervous and Mental Disease*, 1984; 172: 701-705.
- MILGRAM, S. *Obedience to authority: an experimental view*. Harper & Row, Nueva York, 1974.
- MSN Encarta Encyclopaedia. <http://encarta.msn.com>
- PETERSON, C.; MAIER, S.F. y SELIGMAN, M.E.P. *Learned Helplessness. A theory for the age of personal control*. Oxford University Press, Nueva York, Oxford, 1993.



- PORTER, R. *A social history of madness*. Weidenfeld Paperbacks, Londres, 1987.
- POST, J.M. y ROBINS, R.S. *When illness strikes the leader. The dilemma of the captive king*. Yale University, 1993.
- ROBINS, L.N. y SLOBODYAN, S. "Post-Vietnam heroin use and injection by returning US veterans: clues to preventing injection today". *Addiction*, 2003; 98: 1053-1060.
- SACKS, O. *El hombre que confundió a su mujer con un sombrero*. Editorial Anagrama, Barcelona 2004.
- SELIGMAN, M.E.; MAIER, S.F. y GEER, J.H. "Alleviation Of Learned Helplessness In The Dog". *Journal of Abnormal Psychology*, 1968, 73: 256-262.
- SHORTER, E. *A history of psychiatry. From the era of the asylum to the age of Prozac*. John Wiley and Sons. Nueva York, 1997.
- SMITH, R. "In search of 'non-disease'". *British Medical Journal* 2002; 324: 883-885.
- STEVENS, A. *On Jung*. Routledge, Londres, 1990.
- STEVENSON, R.L. *Dr. Jekyll & Mr. Hyde*. Heron Books, Londres.
- STORR, A. *Freud*. Oxford University Press, Oxford, 1989.
- SWAINSON, B. *Encarta Book of Quotations*. Microsoft. Bloomsbury Publishing, 2000.
- SZASZ, TS. *The manufacture of madness*. Granada Publishing Limited, St. Albans, 1973.
- The British Encyclopedia*. Londres, 1933.
- Time Out*. Film Guide. Penguin Books, Londres, 1989.
- TORRES, A.M. *Cine mundial*. Diccionario Espasa. Espasa Calpe, Madrid, 2001.
- VALLEJO RUILOBA, J. *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*. Masson S.A., Barcelona, 2002.
- VALLEJO-NÁJERA, J.A. *Locos Egregios*. Planeta, Barcelona, 1992.



BIBLIOGRAFÍA

VALLEJO-NÁJERA, J.A. *Introducción a la psiquiatría*. Editorial Científico-Médica, Barcelona, 1981.

Wikiquote. <http://en.wikiquote.org>

WILLIAMS, D.D.R. y GARNER, J. "People with dementia can remember: Implications for care". *British Journal of Psychiatry*, 1998; 172: 379-380.

YAIR BAR-EL, et al. "Jerusalem Syndrome". *British Journal of Psychiatry*, 2000; 176: 86-90.



1. *Relatos para el crecimiento personal*. CARLOS ALEMANY (ED.). (6ª ed.)
2. *La asertividad: expresión de una sana autoestima*. OLGA CASTANYER. (32ª ed.)
3. *Comprendiendo cómo somos. Dimensiones de la personalidad*. A. GIMENO-BAYÓN. (5ª ed.)
4. *Aprendiendo a vivir. Manual contra el aburrimiento y la prisa*. ESPERANZA BORUS. (5ª ed.)
5. *¿Qué es el narcisismo?* JOSÉ LUIS TRECHERA. (2ª ed.)
6. *Manual práctico de P.N.L. Programación neurolingüística*. RAMIRO J. ÁLVAREZ. (5ª ed.)
7. *El cuerpo vivenciado y analizado*. CARLOS ALEMANY Y VÍCTOR GARCÍA (EDS.)
8. *Manual de Terapia Infantil Gestáltica*. LORETTA ZAIRA CORNEJO PAROLINI. (5ª ed.)
9. *Viajes hacia uno mismo. Diario de una psicoterapeuta en la postmodernidad*. FERNANDO JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN. (2ª ed.)
10. *Cuerpo y Psicoanálisis. Por un psicoanálisis más activo*. JEAN SARKISSOFF. (2ª ed.)
11. *Dinámica de grupos. Cincuenta años después*. LUIS LÓPEZ-YARTO ELIZALDE. (7ª ed.)
12. *El eneagrama de nuestras relaciones*. MARIA-ANNE GALLEN - HANS NEIDHARDT. (5ª ed.)
13. *¿Por qué me culpabilizo tanto? Un análisis psicológico de los sentimientos de culpa*. LUIS ZABALEGUI. (3ª ed.)
14. *La relación de ayuda: De Rogers a Carkhuff*. BRUNO GIORDANI. (3ª ed.)
15. *La fantasía como terapia de la personalidad*. F. JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN. (2ª ed.)
16. *La homosexualidad: un debate abierto*. JAVIER GAFO (ED.). (3ª ed.)
17. *Diario de un asombro*. ANTONIO GARCÍA RUBIO. (3ª ed.)
18. *Descubre tu perfil de personalidad en el eneagrama*. DON RICHARD RISO. (6ª ed.)
19. *El manantial escondido. La dimensión espiritual de la terapia*. THOMAS HART.
20. *Treinta palabras para la madurez*. JOSÉ ANTONIO GARCÍA-MONGE. (12ª ed.)
21. *Terapia Zen*. DAVID BRAZIER. (2ª ed.)
22. *sencillamente cuerdo. La espiritualidad de la salud mental*. GERALD MAY.
23. *Aprender de Oriente: Lo cotidiano, lo lento y lo callado*. JUAN MASIÁ CLAVEL.
24. *Pensamientos del caminante*. M. SCOTT PECK.
25. *Cuando el problema es la solución. Aproximación al enfoque estratégico*. RAMIRO J. ÁLVAREZ. (2ª ed.)
26. *Cómo llegar a ser un adulto. Manual sobre la integración psicológica y espiritual*. DAVID RICO. (3ª ed.)
27. *El acompañante desconocido. De cómo lo masculino y lo femenino que hay en cada uno de nosotros afecta a nuestras relaciones*. JOHN A. SANFORD.
28. *Vivir la propia muerte*. STANLEY KELEMAN.
29. *El ciclo de la vida: Una visión sistémica de la familia*. ASCENSIÓN BELART - MARÍA FERRER. (3ª ed.)
30. *Yo, limitado. Pistas para descubrir y comprender nuestras minusvalías*. MIGUEL ÁNGEL CONESA FERRER.
31. *Lograr buenas notas con apenas ansiedad. Guía básica para sobrevivir a los exámenes*. KEVIN FLANAGAN.
32. *Alí Babá y los cuarenta ladrones. Cómo volverse verdaderamente rico*. VERENA KAST.
33. *Cuando el amor se encuentra con el miedo*. DAVID RICO. (3ª ed.)
34. *Anhelos del corazón. Integración psicológica y espiritualidad*. WILKIE AU - NOREEN CANNON. (2ª ed.)
35. *Vivir y morir conscientemente*. IOSU CABODEVILLA. (4ª ed.)
36. *Para comprender la adicción al juego*. MARÍA PRIETO URSÚA.
37. *Psicoterapia psicodramática individual*. TEODORO HERRANZ CASTILLO.
38. *El comer emocional*. EDWARD ABRAMSON. (2ª ed.)
39. *Creer en intimidad. Guía para mejorar las relaciones interpersonales*. JOHN AMODEO - KRIS WENTWORTH. (2ª ed.)
40. *Diario de una maestra y de sus cuarenta alumnos*. ISABEL AGÜERA ESPEJO-SAAVEDRA.
41. *Valórate por la felicidad que alcances*. XAVIER MORENO LARA.
42. *Pensándolo bien... Guía práctica para asomarse a la realidad*. RAMIRO J. ÁLVAREZ.
43. *Límites, fronteras y relaciones. Cómo conocerse, protegerse y disfrutar de uno mismo*. CHARLES L. WHITFIELD.
44. *Humanizar el encuentro con el sufrimiento*. JOSÉ CARLOS BERMEJO.
45. *Para que la vida te sorprenda*. MATILDE DE TORRES. (2ª ed.)

46. *El Buda que siente y padece. Psicología budista sobre el carácter, la adversidad y la pasión.* DAVID BRAZIER.
47. *Hijos que no se van. La dificultad de abandonar el hogar.* JORGE BARRACA.
48. *Palabras para una vida con sentido.* M^a. ÁNGELES NOBLEJAS. (2^a ed.)
49. *Cómo llevarnos bien con nuestros deseos.* PHILIP SHELDRAKE.
50. *Cómo no hacer el tonto por la vida. Puesta a punto práctica del altruismo.* LUIS CENCILLO. (2^a ed.)
51. *Emociones: Una guía interna. Cuáles sigo y cuáles no.* LESLIE S. GREENBERG. (3^a ed.)
52. *Éxito y fracaso. Cómo vivirlos con acierto.* AMADO RAMÍREZ VILLAFÁÑEZ.
53. *Desarrollo de la armonía interior. La construcción de una personalidad positiva.* JUAN ANTONIO BERNAD.
54. *Introducción al Role-Playing pedagógico.* PABLO POBLACIÓN KNAPPE y ELISA LÓPEZ BARBERÁ.
55. *Cartas a Pedro. Guía para un psicoterapeuta que empieza.* LORETTA CORNEJO. (3^a ed.)
56. *El guión de vida.* JOSÉ LUIS MARTORELL. (2^a ed.)
57. *Somos lo mejor que tenemos.* ISABEL AGÜERA ESPEJO-SAAVEDRA.
58. *El niño que seguía la barca. Intervenciones sistémicas sobre los juegos familiares.* GIULIANA PRATA; MARIA VIGNATO y SUSANA BULLRICH.
59. *Amor y traición.* JOHN AMODEO.
60. *El amor. Una visión somática.* STANLEY KELEMAN.
61. *A la búsqueda de nuestro genio interior: Cómo cultivarlo y a dónde nos guía.* KEVIN FLANAGAN. (2^a ed.)
62. *A corazón abierto. Confesiones de un psicoterapeuta.* F. JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN.
63. *En vísperas de morir. Psicología, espiritualidad y crecimiento personal.* IOSU CABODEVILLA ERASO.
64. *¿Por qué no logro ser asertivo?* OLGA CASTANYER y ESTELA ORTEGA. (7^a ed.)
65. *El diario íntimo: buceando hacia el yo profundo.* JOSÉ-VICENTE BONET, S.J. (2^a ed.)
66. *Caminos sapienciales de Oriente.* JUAN MASÍA.
67. *Superar la ansiedad y el miedo. Un programa paso a paso.* PEDRO MORENO. (9^a ed.)
68. *El matrimonio como desafío. Destrezas para vivirlo en plenitud.* KATHLEEN R. FISCHER y THOMAS N. HART.
69. *La posada de los peregrinos. Una aproximación al Arte de Vivir.* ESPERANZA BORÚS.
70. *Realizarse mediante la magia de las coincidencias. Práctica de la sincronicidad mediante los cuentos.* JEAN-PASCAL DEBAILLEUL y CATHERINE FOURGEAU.
71. *Psicoanálisis para educar mejor.* FERNANDO JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN.
72. *Desde mi ventana. Pensamientos de autoliberación.* PEDRO MIGUEL LAMET.
73. *En busca de la sonrisa perdida. La psicoterapia y la revelación del ser.* JEAN SARKISSOFF.
74. *La pareja y la comunicación. La importancia del diálogo para la plenitud y la longevidad de la pareja. Casos y reflexiones.* PATRICE CUDICIO y CATHERINE CUDICIO.
75. *Ante la enfermedad de Alzheimer. Pistas para cuidadores y familiares.* MARGA NIETO CARRERO. (2^a ed.)
76. *Me comunico... Luego existo. Una historia de encuentros y desencuentros.* JESÚS DE LA GÁNDARA MARTÍN.
77. *La nueva sofrología. Guía práctica para todos.* CLAUDE IMBERT.
78. *Cuando el silencio habla.* MATILDE DE TORRES VILLAGRÁ. (2^a ed.)
79. *Atajos de sabiduría.* CARLOS DÍAZ.
80. *¿Qué nos humaniza? ¿Qué nos deshumaniza? Ensayo de una ética desde la psicología.* RAMÓN ROSAL CORTÉS.
81. *Más allá del individualismo.* RAFAEL REDONDO.
82. *La terapia centrada en la persona hoy. Nuevos avances en la teoría y en la práctica.* DAVE MEARNS y BRIAN THORNE.
83. *La técnica de los movimientos oculares. La promesa potencial de un nuevo avance psicoterapéutico.* FRED FRIEDBERG. INTRODUCCIÓN A LA EDICIÓN ESPAÑOLA POR RAMIRO J. ÁLVAREZ
84. *No seas tu peor enemigo... ¡...Cuando puedes ser tu mejor amigo!* ANN-M. McMAHON.
85. *La memoria corporal. Bases teóricas de la diafreoterapia.* LUZ CASASNOVAS SUSANNA. (2^a ed.)
86. *Atrapando la felicidad con redes pequeñas.* IGNACIO BERCIANO PÉREZ. CON LA COLABORACIÓN DE ITZIAR BARRENGOA. (2^a ed.)
87. *C. G. Jung. Vida, obra y psicoterapia.* M. PILAR QUIROGA MÉNDEZ.

88. *Crecer en grupo. Una aproximación desde el enfoque centrado en la persona.* TOMEU BARCELÓ. (2ª ed.)
89. *Automanejo emocional. Pautas para la intervención cognitiva con grupos.* ALEJANDRO BELLO GÓMEZ, ANTONIO GREGO DÍAZ.
90. *La magia de la metáfora. 77 relatos breves para educadores, formadores y pensadores.* NICK OWEN.
91. *Cómo volverse enfermo mental.* JOSÉ LUÍS PIO ABREU.
92. *Psicoterapia y espiritualidad. La integración de la dimensión espiritual en la práctica terapéutica.* AGNETA SCHREURS.
93. *Fluir en la adversidad.* AMADO RAMÍREZ VILLAFÁNEZ.
94. *La psicología del soltero: Entre el mito y la realidad.* JUAN ANTONIO BERNAD.
95. *Un corazón auténtico. Un camino de ocho tramos hacia un amor en la madurez.* JOHN AMODEO.
96. *Luz, más luz. Lecciones de filosofía vital de un psiquiatra.* BENITO PERAL. (2ª ed.)
97. *Tratado de la insoportabilidad, la envidia y otras "virtudes" humanas.* LUIS RAIMUNDO GUERRA. (2ª ed.)
98. *Crecimiento personal: Aportaciones de Oriente y Occidente.* MÓNICA RODRÍGUEZ-ZAFRA (Ed.).
99. *El futuro se decide antes de nacer. La terapia de la vida intrauterina.* CLAUDE IMBERT. (2ª ed.)
100. *Cuando lo perfecto no es suficiente. Estrategias para hacer frente al perfeccionismo.* MARTIN M. ANTONY - RICHARD P. SWINSON. (2ª ed.)
101. *Los personajes en tu interior. Amigándote con tus emociones más profundas.* JOY CLOUG.
102. *La conquista del propio respeto. Manual de responsabilidad personal.* THOM RUTLEDGE.
103. *El pico del Quetzal. Sencillas conversaciones para restablecer la esperanza en el futuro.* MARGARET J. WHEATLEY.
104. *Dominar las crisis de ansiedad. Una guía para pacientes.* PEDRO MORENO, JULIO C. MARTÍN. (9ª ed.)
105. *El tiempo regalado. La madurez como desafío.* IRENE ESTRADA ENA.
106. *Enseñar a convivir no es tan difícil. Para quienes no saben qué hacer con sus hijos, o con sus alumnos.* MANUEL SEGURA MORALES. (12ª ed.)
107. *Encrucijada emocional. Miedo (ansiedad), tristeza (depresión), rabia (violencia), alegría (euforia).* KARMELO BIZKARRA. (4ª ed.)
108. *Vencer la depresión. Técnicas psicológicas que te ayudarán.* MARISA BOSQUED.
109. *Cuando me encuentro con el capitán Garfo... (no) me engancho. La práctica en psicoterapia gestalt.* ÁNGELES MARTÍN Y CARMEN VÁZQUEZ.
110. *La mente o la vida. Una aproximación a la Terapia de Aceptación y Compromiso.* JORGE BARRACA MAIRAL. (2ª ed.)
111. *¡Deja de controlarme! Qué hacer cuando la persona a la que queremos ejerce un dominio excesivo sobre nosotros.* RICHARD J. STENACK.
112. *Responde a tu llamada. Una guía para la realización de nuestro objetivo vital más profundo.* JOHN P. SCHUSTER.
113. *Terapia meditativa. Un proceso de curación desde nuestro interior.* MICHAEL L. EMMONS, PH.D. Y JANET EMMONS, M.S.
114. *El espíritu de organizarse. Destrezas para encontrar el significado a sus tareas.* PAMELA KRISTAN.
115. *Adelgazar: el esfuerzo posible. Un sistema gradual para superar la obesidad.* A. CÓZAR.
116. *Crecer en la crisis. Cómo recuperar el equilibrio perdido.* ALEJANDRO ROCAMORA. (3ª ed.)
117. *Rabia sana. Cómo ayudar a niños y adolescentes a manejar su rabia.* BERNARD GOLDEN, (2ª ed.)
118. *Manipuladores cotidianos. Manual de supervivencia.* JUAN CARLOS VICENTE CASADO.
119. *Manejar y superar el estrés. Cómo alcanzar una vida más equilibrada.* ANN WILLIAMSON.
120. *La integración de la terapia experiencial y la terapia breve. Un manual para terapeutas y consejeros.* BALA JAISON.
121. *Este no es un libro de autoayuda. Tratado de la suerte, el amor y la felicidad.* LUIS RAIMUNDO GUERRA.
122. *Psiquiatría para el no iniciado.* RAFA EUBA. (2ª ed.)
123. *El poder curativo del ayuno. Recuperando un camino olvidado hacia la salud.* KARMELO BIZKARRA. (3ª ed.)

124. *Vivir lo que somos. Cuatro actitudes y un camino.* ENRIQUE MARTÍNEZ LOZANO. (4ª ed.)
125. *La espiritualidad en el final de la vida. Una inmersión en las fronteras de la ciencia.* IOSU CABODEVILLA ERASO. (2ª ed.)
126. *Regreso a la conciencia.* AMADO RAMÍREZ.
127. *Las constelaciones familiares. En resonancia con la vida.* PETER BOURQUIN. (8ª ed.)
128. *El libro del éxito para vagos. Descubra lo que realmente quiere y cómo conseguirlo sin estrés.* THOMAS HOHENSEE.
129. *Yo no valgo menos. Sugerencias cognitivo- humanistas para afrontar la culpa y la vergüenza.* OLGA CASTANYER. (2ª ed.)
130. *Manual de Terapia Gestáltica aplicada a los adolescentes.* LORETTA CORNEJO. (3ª ed.)
131. *¿Para qué sirve el cerebro? Manual para principiantes.* JAVIER TIRAPU. (2ª ed.)
132. *Esos seres inquietos. Claves para combatir la ansiedad y las obsesiones.* AMADO RAMÍREZ VILLAFÁNEZ.
133. *Dominar las obsesiones. Una guía para pacientes.* PEDRO MORENO, JULIO C. MARTÍN, JUAN GARCÍA Y ROSA VIÑAS. (3ª ed.)
134. *Cuidados musicales para cuidadores. Musicoterapia Autorrealizadora para el estrés asistencial.* CONXA TRALLERO FLIX Y JORDI OLLER VALLEJO
135. *Entre personas. Una mirada cuántica a nuestras relaciones humanas.* TOMEU BARCELÓ
136. *Superar las heridas. Alternativas sanas a lo que los demás nos hacen o dejan de hacer.* WINDY DRYDEN
137. *Manual de formación en trance profundo. Habilidades de hipnotización.* IGOR LEDOCHOWSKI
138. *Todo lo que aprendí de la paranoia.* CAMILLE
139. *Migraña. Una pesadilla cerebral.* ARTURO GOICOECHEA
140. *Aprendiendo a morir.* IGNACIO BERCIANO PÉREZ
141. *La estrategia del oso polar. Cómo llevar adelante tu vida pese a las adversidades.* HUBERT MORITZ
142. *Mi salud mental: Un camino práctico.* EMILIO GARRIDO LANDÍVAR
143. *Camino de liberación en los cuentos. En compañía de los animales.* ANA MARÍA SCHLÜTER RODÉS
144. *¡Estoy furioso! Aproveche la energía positiva de su ira.* ANITA TIMPE
145. *Herramientas de Coaching personal.* FRANCISCO YUSTE
146. *Este libro es cosa de hombres. Una guía psicológica para el hombre de hoy.* RAFA EUBA
147. *Afronta tu depresión con psicoterapia interpersonal. Guía de autoayuda.* JUAN GARCÍA SÁNCHEZ Y PEPA PALAZÓN RODRÍGUEZ
148. *El consejero pastoral. Manual de "relación de ayuda" para sacerdotes y agentes de pastoral.* ENRIQUE MONTALT ALCAYDE
149. *Tristeza, miedo, cólera. Actuar sobre nuestras emociones.* DRA. STÉPHANIE HAHUSSEAU
150. *Vida emocionalmente inteligente. Estrategias para incrementar el coeficiente emocional .* GEETU BHARWANAY
151. *Cicatrices del corazón. Tras una pérdida significativa.* ROSA Mª MARTÍNEZ GONZÁLEZ
152. *Ojos que sí ven. "Soy bipolar" (Diez entrevistas).* ANA GONZÁLEZ ISASI - ANÍBAL C. MALVAR
153. *Reconcíliate con tu infancia. Cómo curar antiguas heridas.* ULRIKE DAHM

Serie MAIOR

1. *Anatomía Emocional. La estructura de la experiencia somática* STANLEY KELEMAN. (8ª ed.)
2. *La experiencia somática. Formación de un yo personal.* STANLEY KELEMAN. (2ª ed.)
3. *Psicoanálisis y análisis corporal de la relación.* ANDRÉ LAPIERRE.
4. *Psicodrama. Teoría y práctica.* JOSÉ AGUSTÍN RAMÍREZ. (3ª ed.)
5. *14 Aprendizajes vitales.* CARLOS ALEMANY (ED.). (13ª ed.)
6. *Psique y Soma. Terapia bioenergética.* JOSÉ AGUSTÍN RAMÍREZ.
7. *Crecer bebiendo del propio pozo. Taller de crecimiento personal.* CARLOS RAFAEL CABARRÚS, S.J. (11ª ed.)
8. *Las voces del cuerpo. Respiración, sonido y movimiento en el proceso terapéutico.* CAROLYN J. BRADDOCK.
9. *Para ser uno mismo. De la opacidad a la transparencia.* JUAN MASÍÁ CLAVEL

10. *Vivencias desde el Enneagrama*. MAITE MELENDO. (3ª ed.)
11. *Codependencia. La dependencia controladora. La dependencia sumisa*. DOROTHY MAY.
12. *Cuaderno de Bitácora, para acompañar caminantes. Guía psico-histórico-espiritual*. CARLOS RAFAEL CABARRÚS. (5ª ed.)
13. *Del ¡viva los novios! al ¡ya no te aguanto! Para el comienzo de una relación en pareja y una convivencia más inteligente*. EUSEBIO LÓPEZ. (2ª ed.)
14. *La vida maestra. El cotidiano como proceso de realización personal*. JOSÉ MARÍA TORO.
15. *Los registros del deseo. Del afecto, el amor y otras pasiones*. CARLOS DOMÍNGUEZ MORANO. (2ª ed.)
16. *Psicoterapia integradora humanista. Manual para el tratamiento de 33 problemas psicosensoresiales, cognitivos y emocionales*. ANA GIMENO-BAYÓN Y RAMÓN ROSAL.
17. *Deja que tu cuerpo interprete tus sueños*. EUGENE T. GENDLIN. (2ª ed.)
18. *Cómo afrontar los desafíos de la vida*. CHRIS L. KLEINKE.
19. *El valor terapéutico del humor*. ÁNGEL RZ. IDÍGORAS (Ed.). (3ª ed.)
20. *Aumenta tu creatividad mental en ocho días*. RON DALRYMPLE, PH.D., F.R.C.
21. *El hombre, la razón y el instinto*. JOSÉ Mª PORTA TOVAR.
22. *Guía práctica del trastorno obsesivo compulsivo (TOC). Pistas para su liberación*. BRUCE M. HYMAN Y CHERRY PEDRICK.
23. *La comunidad terapéutica y las adicciones Teoría, Modelo y Método*. GEORGE DE LEON.
24. *El humor y el bienestar en las intervenciones clínicas*. WALEED A. SALAMEH Y WILLIAM F. FRY.
25. *El manejo de la agresividad. Manual de tratamiento completo para profesionales*. HOWARD KASSINOVE Y RAYMOND CHIP TAFRATE.
26. *Agujeros negros de la mente. Claves de salud psíquica*. JOSÉ L. TRECHERA.
27. *Cuerpo, cultura y educación*. JORDI PLANELLA RIBERA.
28. *Reír y aprender. 95 técnicas para emplear el humor en la formación*. DONI TAMBLYN.
29. *Manual práctico de psicoterapia gestalt*. ÁNGELES MARTÍN. (7ª ed.)
30. *Más magia de la metáfora. Relatos de sabiduría para aquellas personas que tengan a su cargo la tarea de Liderar, Influenciar y Motivar*. NICK OWEN
31. *Pensar bien - Sentirse bien. Manual práctico de terapia cognitivo-conductual para niños y adolescentes*. PAUL STALLARD.
32. *Ansiedad y sobreactivación. Guía práctica de entrenamiento en control respiratorio*. PABLO RODRÍGUEZ CORREA.
33. *Amor y violencia. La dimensión afectiva del maltrato*. PEPA HORNO GOICOECHEA. (2ª ed.)
34. *El pretendido Síndrome de Alienación Parental. Un instrumento que perpetúa el maltrato y la violencia*. SONIA VACCARO - CONSUELO BAREA PAYUETA.
35. *La víctima no es culpable. Las estrategias de la violencia*. OLGA CASTANYER (COORD.); PEPA HORNO, ANTONIO ESCUDERO E INÉS MONJAS.
36. *El tratamiento de los problemas de drogas. Una guía para el terapeuta*. MIGUEL DEL NOGAL.
37. *Los sueños en psicoterapia gestalt. Teoría y práctica*. ÁNGELES MARTÍN.
38. *Medicina y terapia de la risa. Manual*. RAMÓN MORA RIPOLL.
39. *La dependencia del alcohol. Un camino de crecimiento*. THOMAS WALLENHORST.
40. *El arte de saber alimentarte. Desde la ciencia de la nutrición al arte de la alimentación*. KARMELO BIZKARRA.



Crecimiento personal
COLECCIÓN
Directora: Olga Castanyer

Rafa Euba nos brinda en su *Psiquiatría para el No Iniciado* una descripción muy accesible y vívida de los trastornos de la mente, desde la depresión a las psicosis, pasando por los ataques de pánico, la anorexia, y hasta la timidez. El libro incluye reflexiones sobre el funcionamiento del cerebro y de nuestras emociones, y por extensión, de las relaciones humanas. También encontrará el lector en estas páginas los problemas psicológicos de Elvis Presley y de Lady Di, el caso del electricista a quien se le aparecía su difunta mujer todas las noches al lado de la cama, locos que se mostraban como atracciones de feria, psicópatas de cine, el destripador de Yorkshire, líderes que perdieron la razón, otro que perdió el sentido del humor, la madre de Freud, el Síndrome de Estocolmo, y muchas cosas más. Pero *Psiquiatría para el No Iniciado* es sobre todo un libro que habla de cómo somos, de la naturaleza humana, que es algo que la locura quizá describa mejor que la cordura.

ISBN: 978-84-330-2118-2



9 788433 021182

www.edesclée.com

DESCLÉE DE BROUWER



s e r e n d i p i t y