

¿Existe la locura?

Pablo Bullejos

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| <i>Definición</i> | 3 |
| 1. INTRODUCCIÓN | 4 |
| 2. APRENDIZAJE E INTELIGENCIA | 4 |
| 3. ENFERMEDADES MENTALES | 7 |
| 3.1. <i>Clasificación de trastornos conocidos</i> | 7 |
| 3.2. <i>¿Existen las enfermedades mentales?</i> | 10 |
| 4. HISTORIA Y LOCURA | 12 |
| 5. LOS DESARRAIGADOS | 15 |
| 5.1. <i>Genios y locos</i> | 15 |
| 5.2. <i>Asesinos, sociópatas, psicópatas</i> | 16 |
| 6. PARAPSICOLOGÍA | 18 |
| 7. LA CURACIÓN | 18 |
| 7.1. <i>La psicoterapia</i> | 19 |
| 7.2. <i>Los psicofármacos</i> | 19 |
| 7.3. <i>Terapia electroconvulsiva (Electroshock)</i> | 20 |
| 7.4. <i>Clínicas psiquiátricas</i> | 21 |
| 8. CONCLUSIÓN | 21 |

locura. (De *loco*. Quizá del árabe hispano *lawqa*, fem. de *alwaq*, estúpido). f. Privación del juicio o del uso de la razón. || 2. Acción inconsiderada o gran desacierto. || 3. Acción que, por su carácter anómalo, causa sorpresa. || 4. Exaltación del ánimo o de los ánimos, producida por algún afecto u otro incentivo.

*Diccionario de la REAL ACADEMIA ESPAÑOLA.
22ª Edición. 2001.*

1. INTRODUCCIÓN

El trabajo que se expone a continuación pretende ser un análisis de la “locura”, una enfermedad para unos y un don para otros. Debido a la subjetividad del aprendizaje del ser humano, y al casi total desconocimiento de las capacidades de la mente, es importante plantear la cuestión de “qué es lo que está bien y mal” en el pensamiento de una persona. ¿Hay que basar todo nuestro conocimiento en lo que dicen nuestros ojos? ¿Y si nuestros ojos nos muestran una realidad no aceptada por la psiquiatría, significa eso que estamos enfermos, que nos hemos vuelto locos? ¿Cuál es el comportamiento que debe seguir el ser humano para no ser acusado de locura?

Muchos interrogantes se plantean. ¿Dejamos nuestras mentes en manos de los psicólogos y psiquiatras, dioses actuales del pensamiento? Mediante un estudio más o menos exhaustivo intentaré mostrar diversas respuestas, muchas contradictorias, de lo que hoy en día se piensa sobre la locura.

El trabajo se divide en diferentes apartados que yo he considerado apropiados. Para iniciar el viaje, propongo comenzar por el principio, por el aprendizaje humano, la manera que tiene nuestra mente de asimilar los estímulos externos, controlados en mayor o menor medida por nuestros predecesores, familiares cercanos, sociedad e historia, genética e innumerables factores desconocidos o poco estudiados aún, como la existencia de ideas innatas, ideas no influidas por el exterior y existentes desde siempre en nuestra mente.

2. APRENDIZAJE E INTELIGENCIA

Aprendizaje es un cambio más o menos permanente de conducta que ocurre como resultado de la práctica. No solamente cambia la conducta cuando aprendemos algo. La permanencia del cambio indica que ha habido una modificación más profunda en las neuronas que regulan el comportamiento.

Los estudios más importantes sobre aprendizaje, realizados con animales en laboratorio, son los siguientes:

-El condicionamiento respondiente (clásico)

Fue descubierto por el fisiólogo Pavlov. Un estímulo produce de modo natural una respuesta en el animal. A este estímulo se le asocia otro que de por sí es neutro. Cuando la asociación se consolida, el estímulo neutro adquiere la misma capacidad estimulativa del estímulo natural, es decir, queda condicionado para producir la misma respuesta. El animal ha aprendido a dar la misma respuesta ante un estímulo neutro que ante un estímulo natural.

Este tipo de condicionamiento es respondiente, ya que la respuesta está determinada por un estímulo que la precede.

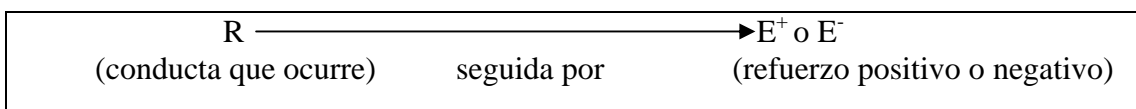
| | | | |
|---------|--|---|---|
| 1º Paso | Comida EI (estímulo incondicionado) | → | Salivación RI (respuesta incondicionada) |
|---------|--|---|---|

| | |
|---------|---|
| 2º Paso | Asociación { Comida (EI) → Salivación (RI) Campanilla (estímulo neutro) |
| 3º Paso | Campanilla → Salivación EC (estímulo condicionado) → RC (respuesta condicionada) |

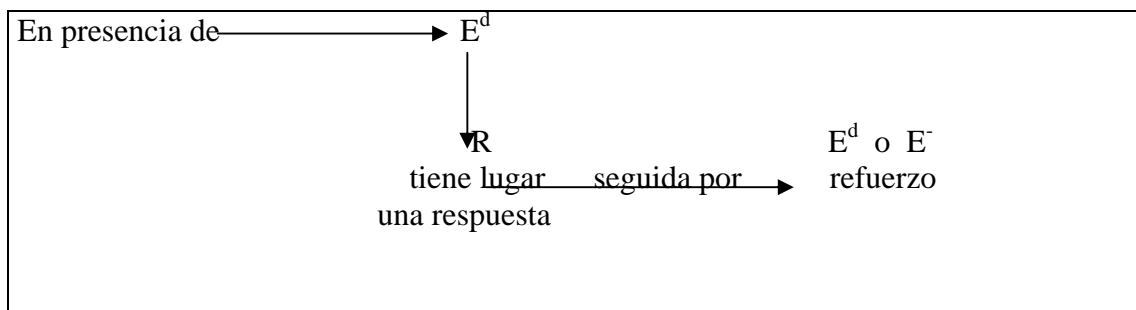
-El condicionamiento operante o instrumental.

Fue descubierto por el norteamericano Thorndike, y secundado por Skinner. Su principal aportación se encuentra en el terreno de la educación y del comportamiento social.

Este condicionamiento se llama operante porque la respuesta del sujeto es una operación muy variada y de carácter activo. El elemento fundamental es el refuerzo, que es una recompensa (positivo) o un castigo (negativo) que sigue a la conducta. Si llamamos “respuesta” (R) a la conducta que se aprende y “estímulo” al refuerzo (E⁺ positivo, E⁻ negativo), el condicionamiento operante sigue el esquema:



Cuando se pretende que la conducta sólo se dé en determinadas circunstancias, se introduce un estímulo discriminativa (E^d), en cuya presencia se refuerza la conducta. El esquema es:



Una respuesta que va conectada con una satisfacción queda fortalecida (ley del efecto); y una respuesta se fortalece por el número de veces que se repite en conexión con una situación (ley del ejercicio). Si no hay refuerzo la conducta se extingue.

-El aprendizaje por observación

Cuando al observar la conducta de otro individuo se produce un cambio en la propia conducta. Se trata de lo que suele llamarse “imitación”. Este tipo de aprendizaje se combina con el condicionamiento operante.

Tiene las siguientes fases:

-Adquisición: el sujeto observa una conducta en otro individuo identificándola suficientemente.

-Retención: esa conducta se almacena activamente en la memoria.

-Ejecución: el sujeto la reproduce.

-Reforzamiento: al imitar, el sujeto puede ser reforzado.

La **inteligencia** es la capacidad de comprender la relación existente entre los diferentes factores integrantes de una nueva situación adaptándose a ella y actuando de manera conveniente al sujeto sin recurrir única y exclusivamente al método del ensayo y el error gracias al uso del razonamiento. Pero es importante resaltar que este razonamiento es inducido por el aprendizaje, es decir, que no es innato. Un niño que haya recibido unas enseñanzas diferentes a las “establecidas” en la sociedad poseerá también una capacidad de razonamiento diferente, lo cual creará un problema entre él y los demás, siendo obligadamente discriminado. En el caso de que el cerebro del niño no se haya desarrollado como el de los demás, también existirá una diferencia que lo separará del resto. Este es el caso de niños prodigio, que tienen facilidad para asimilar los datos del aprendizaje, o el de niños retrasados, que tardan más en captar esos datos.

Estamos hablando del órgano del cerebro que, como ya sabemos, no ha sido explorado en su mayor parte, y aún sigue siendo un misterio para la ciencia. Pero no todo lo esencial se capta con el cerebro. ¿Cómo se explicaría si no la existencia de personas con disfunciones cerebrales que poseen características especiales no comunes al resto de los humanos? Hay ejemplos de personas que no son capaces de aprender a hablar o escribir, y son considerados por tanto retrasados, pero sin embargo pueden mover objetos con la mente o ver imágenes visionarias sobre el futuro. Este es un tema polémico, y debe estar en el apartado dedicado a la parapsicología.

El niño piensa distinto que el adulto y, por un proceso de adaptación al ambiente, llega a un desarrollo total de sus capacidades intelectuales, siempre y cuando no haya obstáculos que interfieran en su educación. El desarrollo de la inteligencia presupone la maduración del organismo y la influencia del medio social. Va unida con el desarrollo de la afectividad.

Las etapas del desarrollo de un niño son:

-1º período: inteligencia sensorio-motriz (dos primeros años)

Hay tres momentos fundamentales. Al principio no hay sino actos reflejos, que se van perfeccionando y generalizando. Después los reflejos se organizan en hábitos y la percepción se hace discriminatoria. Por fin aparece la inteligencia práctica o sensorio-motriz, que se aplica a manipular objetos.

-2º período: representación pre-operativa (2-6 años)

El niño aprende el lenguaje, algo que los animales no pueden hacer. Aparecen el mundo social y el mundo interior. Surge el pensamiento al interiorizarse la palabra, con características muy peculiares:

- El animismo: el niño concibe las cosas como si estuvieran vivas.
- El artificialismo: todas las cosas han sido construidas por el hombre.
- La causalidad: penetrada por elementos morales.

El niño comienza a preguntar los porqués de todo lo que lo rodea, desconcertando en la mayoría de las ocasiones, a los padres. Esta forma de pensamiento denota una nueva forma de egocentrismo infantil. La inteligencia y el pensamiento son funciones de “asimilación”.

-3º período: operaciones concretas (7-11 años)

El niño comienza utilizar una cierta “lógica”. Adquiere la capacidad de hacer operaciones mentales, pero no concretas. La posibilidad de las operaciones viene dada por la conquista del esquema fundamental del pensamiento.

-4º período: operaciones formales (desde los 12 años)

A partir de este momento es ya posible hacer operaciones concretas, que no requieren el apoyo de la manipulación. Los objetos son sustituidos por proposiciones.

Ya conocidos los esquemas prototípicos de pensamiento y desarrollo de los seres humanos, es el momento de pasar al segundo apartado, dedicado a las enfermedades mentales, o disfunciones de la manera habitual de pensar.

3. ENFERMEDADES MENTALES

3.1. Clasificación de trastornos conocidos

La clasificación que se hace a continuación está basada en la que hace la Organización Mundial de la Salud, explicada por psicólogos y psiquiatras. En el apartado 3.2. se verá la otra versión de estos problemas, planteando la cuestión de la no existencia de tales enfermedades.

Los trastornos mentales se dividen en *trastornos orgánicos mentales*, *trastornos funcionales* y *otros trastornos*.

- *Trastornos Orgánicos Mentales*: Son los más graves por ser de causa somática, fisiológica, relacionada con una lesión estructural en el cerebro. Los brotes agudos en las enfermedades suelen darse sobre todo en las estaciones como la primavera y otoño, y los síntomas asociados a éstos presentan como característica el delirio o un estado de obnubilación de la conciencia que impide mantener la atención, acompañado de errores perceptivos y de un pensamiento desordenado e inadaptado a la realidad.

1. OLIGOFRENIA.

Oligofrenia, deficiencia mental y retraso mental, se utilizan como sinónimos, y hacen referencia a una capacidad intelectual inferior a la que se considera normal, así como una alteración del comportamiento adaptable (maduración, aprendizaje o ajuste social). Hay una clasificación de esta enfermedad teniendo en cuenta el Coeficiente Intelectual, que se calcula dividiendo la edad mental del sujeto por la edad real o cronológica. Se han definido cuatro grados de deficiencia mental:

-*El deficiente límite como el débil mental o ligero*, (CI de 50-70), puede alcanzar una autonomía totalmente normalizada. Su retraso suele ser en actividades perceptivo-motrices y su nivel intelectual puede alcanzar un nivel similar a la de educación primaria. Presenta dificultades en el aprendizaje de las técnicas instrumentales como leer o escribir.

-*El deficiente moderado*, (CI de 35-50), puede adquirir hábitos de autonomía tanto personales como sociales. Presenta lenguaje oral aunque con dificultad de expresión. Su desarrollo motor puede ser aceptable y adquirir ciertas habilidades. También presenta dificultades en el aprendizaje de las técnicas instrumentales.

-*El deficiente Grave o severo*, (CI de 20-35), funciona a nivel de educación infantil en sus aprendizajes, puede salir al paso de sus necesidades corporales básicas y puede comunicarse con un lenguaje sencillo.

-*El deficiente mental profundo*, (CI inferior a 20), presenta un grave deterioro en los aspectos motores y de comunicación. Son totalmente dependientes de los demás, sobre todo para realizar cualquier actividad que requiera autonomía.

2. DEMENCIA

Es una enfermedad crónica con debilitamiento psíquico profundo, global y progresivo, y se caracteriza por fallos en la memoria, de pensamiento, percepción, juicio y atención. La mayoría se orinan encima continuamente y suelen ser poco capaces de realizar movimientos elementales, casi siempre hay que vestirlos, darles de comer, etc, porque ellos no suelen ser capaces, sobre todo cuando la dolencia es de mayor grado.

3. AUTISMO

Trastorno de la comunicación, enemigos del trato social y con retraso mental en la mayoría de los casos. El término *autismo* se refiere a su expresión ausente o perdida, aunque la connotación de alejamiento voluntario es inapropiada. El niño autista es incapaz de utilizar el lenguaje con sentido o de procesar la información que recibe del medio. Otras características del autismo son: un patrón de desarrollo desigual, la fascinación por objetos mecánicos, una respuesta ritualizada a los estímulos del medio y una resistencia a cualquier variación del medio.

4. PSICOSIS

Son trastornos mentales, resultado de causas orgánicas y principalmente constitucionales, son fundamentalmente somato-genéticas. La perturbación consiste en la afloración al consciente de las tendencias reprimidas en el subconsciente, por lo que hay un conflicto entre el yo verdadero y el falso yo. Hay dos tipos de psicosis:

- *Psicosis endógena*: trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profundos. Es una tristeza sin razón aparente, grave y persistente. Pueden aparecer varios síntomas como perturbaciones del sueño y de la comida, pérdida de iniciativa, autocastigo, inactividad, etc.

- *Psicosis exógena*: Al ser una depresión de causa funcional, por trastorno afectivo, esta caracterizado por una tristeza con una razón aparente, aunque también tienen síntomas como autocastigo, sentimientos de culpabilidad, ansiedad y angustia, etc.

5. ESQUIZOFRENIA

Afectan a las áreas del pensamiento, las percepciones, los sentimientos, los movimientos y las relaciones interpersonales. Las alteraciones del pensamiento se traducen en la incapacidad para establecer conexiones lógicas, o en la aparición de delirios de interpretación (transformaciones de la verdad, siendo disparatadas y absurdas). Las alucinaciones son la principal alteración de la percepción, y las más frecuentes son las auditivas: el paciente oye sus propios pensamientos en voz alta, o escucha voces imaginarias que le ordenan realizar ciertos actos, o realizan comentarios. Una alteración del movimiento es la *catatonía*, una situación en la que el paciente mantiene una postura rígida durante largos periodos de tiempo; sin embargo son más frecuentes los movimientos reiterativos realizados de forma impulsiva.

La esquizofrenia es una enfermedad casi desconocida y es por esto que existen psicólogos que dudan a la hora de considerar esta situación una enfermedad real, y por tanto no es precisa la terapia. Esto se desarrolla más adelante.

-Trastornos No Orgánicos o Funcionales: Son más leves por no estar relacionados con una lesión estructural en el cerebro. Casi siempre son causa de alguna vivencia traumatizante vivida en el pasado.

1. PARANOIA

Los que padecen esta enfermedad son de apariencia normal y razonadores, muchos de ellos son inteligentes que cumplen perfectamente sus obligaciones. Además, no muestran más síndromes de anormalidad que los relacionados con su delirio de interpretación particular. Lo difícil de los enfermos de la modalidad paranoide es saber cuando actúan espontáneamente y cuando premeditadamente, para convencer a los demás.

Si los delirios aparecen en crisis agudas son más fáciles de detectar que en los delirios crónicos. Su síntoma principal son las ideas delirantes, (creencia falsa y razonada). Las más típicas son: las de persecución (se consideran víctimas de una persecución), las ideas de grandeza, (se consideran personas importantes) o las celotípicas (celos desmedidos). La paranoia puede ser también causa orgánica, como por ejemplo ciertos tumores que pueden causar disfunción cerebral, pero no es muy común.

2. NEUROSIS

Es un tipo de dolencia que tiene como síntomas principales la ansiedad y la angustia. En las neurosis se conserva la capacidad de razonar coherentemente. Hay muchos tipos de neurosis como son: las fobias, crisis de pánico, obsesivo-compulsivo, histéricos, hipocondría y neurastenia. El origen de los conflictos casi siempre hay que buscarlos en el pasado.

La neurosis de ansiedad es un problema emocional en el que el sujeto se vuelve irritable, se fatiga con facilidad, taquicardias (latidos rápidos del corazón) y náuseas. En las neurosis obsesivas el delirio de interpretación es con una idea.

Definición de Fobia: es un pretexto que se ha inventado el organismo para ocultar un terror verdadero, justificado, pero que la mente se empeña en ignorar. Es una tapadera simulada por el subconsciente para ocultar algo del pasado por lo que pone una barrera como defensa y crea la fobia para encubrir lo que la mente quiere ocultar, es decir, oculta con un pánico y una angustia injustificados otra angustia y otro pánico verdaderos.

Otros tipos de neurosis:

-Neurosis de dependencia o fobia de alejamiento: con gran agitación, acceso de súbita fiebre, vómitos, taquicardias y delirios, es un miedo a la falta de protección, abandono, es una fobia de ansiedad.

-Crisis de pánico: Se caracteriza por una angustia obsesiva con delirio de interpretación hacia una idea. Los síntomas son como una gran convulsión, terror hacia la idea, angustia, sentimientos de culpabilidad, etc. Llegando en este caso a una gran psicosis depresiva y al suicidio (al ser psicosis exógena o depresiva y de causa inorgánica, no está incluida en psicosis).

- Otros trastornos: Aquí se incluyen las disfunciones sexuales (alteraciones en cualquiera de las diferentes fases o estadios que componen la función sexual normal), y los problemas morales. En este apartado se incluyen los psicópatas o sociópatas, que detestan a la sociedad y sus normas y suelen estar satisfechos de su conducta, por lo que no tienen sentimientos de culpabilidad. No padecen de alteración de la inteligencia sino

que sus conductas están deterioradas por ausencia de moral, y suelen ser fanáticos, radicales, etc. Este tema también tiene discusión, ya que, como hemos visto, la educación es la creadora de la moral y de la inteligencia. Es decir, las personas actúan según una ética que, lejos de ser innata, ha sido creada y modificada a través del tiempo por los humanos. Cualquier modificación de esas “leyes” ha sido castigada siempre. Las personas que, por ser diferentes en su educación, han intentado transformar la moral establecida, han sido acusadas siempre de locura. Es importante plantear la cuestión de la subjetividad de nuestra moral, ya que ha sido creada por el hombre y puede ser errónea. Este es el pilar sobre el que se sustentan los acusadores de la psiquiatría, que es el apartado que viene a continuación.

3.2. ¿Existen las enfermedades mentales?

Todo diagnóstico y tratamiento en psiquiatría, especialmente en psiquiatría biológica, presupone la existencia de algo llamado enfermedad mental, conocido también como trastorno mental. ¿Pero qué se quiere decir exactamente con “enfermedad” o “trastorno”? Enfermedad (*disease* en inglés) significa simplemente lo opuesto a tranquilidad o alivio (*ease* en inglés). Pero por enfermedad no queremos decir cualquier cosa que perturbe la tranquilidad, ya que tal definición significaría que perder un empleo o los problemas que acarrear las guerras serían “enfermedades”. En el libro *¿Es hereditario el alcoholismo?* del psiquiatra Donald W. Goodwin, se habla de la definición de enfermedad en tono irónico: “*Las enfermedades son algo por lo que la gente va a ver doctores... En el momento en que se les consulta a los médicos acerca del problema del alcoholismo, éste se convierte, por definición, en una enfermedad*”. Más tarde, en el mismo libro, dice que existe una definición más estrecha de enfermedad que requiere de una “anomalía biológica”. En esto se basan los defensores de la “antipsiquiatría”, que acusan a la medicina psiquiátrica de diagnosticar como enfermedad mental todo aquello que desaprueban de algún aspecto de la mentalidad de una persona. La antipsiquiatría intenta demostrar que no hay anomalías biológicas responsables de las llamadas enfermedades o trastornos mentales porque la enfermedad mental no tiene existencia biológica.

En 1992 un grupo de expertos reunidos por la Oficina del Congreso Americano de Evaluación Tecnológica concluyó: “*Muchas preguntas quedan sin contestar acerca de la biología de los trastornos mentales. De hecho, las investigaciones aún tienen que identificar causas biológicas específicas para cualquiera de estos trastornos... Los trastornos mentales se clasifican sobre la base de síntomas porque aún no existen signos biológicos o pruebas de laboratorio para ellos*”.

En su libro *Guía básica sobre medicamentos psiquiátricos*, el profesor de la Universidad de Columbia, el Dr. Jack M. Gorman dijo: “*Realmente no sabemos qué causa cualquier enfermedad psiquiátrica*”. En el libro *La nueva psiquiatría*, otro profesor de la misma universidad, el Dr. Jerrold S. Maxmen, dijo: “*Es un hecho no reconocido el que los psiquiatras son los únicos especialistas médicos que tratan trastornos que, por definición, no tienen causas o curaciones conocidas... Un diagnóstico debe indicar la causa del trastorno mental, pero como diré posteriormente, como las etiologías de la mayoría de los trastornos mentales es desconocida, los actuales sistemas de diagnóstico no pueden reflejarlos*”.

Algunas veces se dice que el que las drogas psiquiátricas “curen” un pensamiento, emoción o conducta que se denomine enfermedad mental, demuestra la existencia de causas biológicas en las enfermedades mentales. Este argumento es fácilmente refutado. Supongamos que alguien toca el piano y que no nos gusta que lo

haga. Supongamos que lo forzamos a que tome una droga que lo invalide tanto que ya no pueda tocar más. ¿Probaría eso que su afición musical era causada por una anomalía biológica que fue curada por la droga? La mayoría de las drogas psiquiátricas son neurotóxicas, esto es, producen en mayor o menor grado una incapacitación neurológica generalizada: detienen la conducta que disgusta a algunos, incapacitando tanto a la persona que ya no puede sentirse enojada, infeliz o deprimida. ¿Es esto una curación?

Cuando son confrontados con la falta de pruebas de que la enfermedad mental es una entidad biológica, algunos defensores de tal creencia dicen que las “enfermedades” sí existen y que pueden definirse como tales sin que haya una anomalía biológica que las cause. La idea de una enfermedad mental como una entidad no biológica requiere de una refutación más extensa que la postura biológica. Se cree que la gente está enferma mentalmente sólo cuando su pensar, emoción o conducta es contraria a lo que es considerado aceptable, es decir, cuando a otros (o a los pacientes mismos) no les gusta algo acerca de ellos. Una manera de ver el absurdo de llamarle a una cosa *enfermedad*, no porque haya anomalía biológica sino porque algo nos disgusta en una persona, es observar cómo difieren los valores de una cultura a otra y cómo cambian con el tiempo.

En el libro *La psicología de la autoestima*, el psicólogo Nathaniel Branden escribe: *“Una de las tareas de la psicología es proveer definiciones para salud mental y enfermedad mental... Pero no existe acuerdo general entre psicólogos y psiquiatras sobre la naturaleza de éstas; no hay ni definiciones aceptadas ni un parámetro para comparar un estado psicológico con otro. Muchos escritores dicen que es imposible establecer definiciones o estándares básicos, esto es, un concepto universal de salud mental. Estos escritores aseveran que debido a que una conducta es considerada normal y saludable en una cultura, pero neurótica o aberrante en otra, todo es una cuestión de prejuicios culturales. Quienes mantienen esta posición insisten que lo más que uno puede hacer es definir la salud mental como el acato a las normas culturales, declarando que el hombre está psicológicamente sano en la medida en que esté adaptado a su cultura... La pregunta obvia que surge ante tal definición es ¿qué pasa si los valores y normas de una sociedad dada son irracionales? ¿Puede la salud mental consistir en estar adaptado a tal irracionalidad? ¿Qué decir de la Alemania nazi, por ejemplo? ¿Es un empleado del estado nazi que se siente sereno y feliz en tal régimen un caso de salud mental?”*. A mi entender, hay un pequeño problema en este texto. El Doctor Branden confunde la moralidad con la racionalidad, diciendo que el respeto a los derechos humanos es racional cuando, de hecho, no es una cuestión de racionalidad sino más bien de moralidad. Además de ser incapaz de ver la diferencia, el Dr. Branden confiesa sus valores: que el respeto a los derechos humanos es bueno y que la violación de los mismos (como en el nazismo) es malo. Luego dice: violar estos valores es “irracional” o enfermedad mental. Yo creo que, usando el ejemplo del texto, un empleado que vivía en la Alemania nazi y que estaba bien adaptado a la misma era considerado “mentalmente sano” por esa sociedad, pero si lo juzgamos con los valores de una sociedad que respeta los derechos humanos estaba moralmente (que no racionalmente) “enfermo”, como el resto de su cultura, reconociendo que la palabra “enfermedad” tiene sólo un significado metafórico. Para alguien como el Dr. Branden, que cree en el mito de la enfermedad mental, esa persona está literalmente enferma y necesita de un doctor.

Uno de los casos que mejor ejemplifica lo dicho arriba es el de la homosexualidad. Hasta 1973 ésta fue definida oficialmente como enfermedad mental por la Asociación Psiquiátrica Americana, pero no a partir de ese año. Si la enfermedad mental fuera realmente una enfermedad en el mismo sentido que las enfermedades

físicas, la idea de descalificar a la homosexualidad o cualquiera otra mediante el voto sería tan absurdo como que un grupo de médicos descalifiquen el cáncer o la diabetes de la categoría de enfermedad. Pero la enfermedad mental no es una enfermedad como las otras. A diferencia de las enfermedades físicas donde hay hechos físicos que tratar, la “enfermedad” mental es una cuestión de valores, de lo correcto y lo equivocado, de lo apropiado y lo inapropiado. En otro tiempo la homosexualidad parecía tan extraña y difícil de entender que fue necesario invocar el concepto de enfermedad mental para explicarla. Pero una vez que los homosexuales se movilizaron, mostraron su fuerza numérica y demandaron al menos cierta aceptación social, ya no se consideró apropiado explicar la homosexualidad como una enfermedad.

Otro caso, referido a las diferentes culturas, es el del suicidio. En muchos países como Estados Unidos y Gran Bretaña, una persona que se suicida, que intente hacerlo o que piense seriamente en el suicidio, es considerada mentalmente enferma. Sin embargo, esto no siempre ha sido así en la historia, ni siquiera en toda cultura contemporánea. En el libro *¿Por qué el suicidio?* el psicólogo Eustace Chesser señala: “Ni el hinduismo ni el budismo mantienen objeciones intrínsecas al suicidio, y en algunas formas de budismo se considera meritoria la autoincineración”. También, “los celtas se burlaban de esperar la vejez. Creían que los que se suicidaban antes de perder sus facultades se iban al cielo, y que los seniles que morían de enfermedad se iban al infierno”, justo lo contrario a lo que nos dice la doctrina cristiana. Probablemente el mejor ejemplo de una sociedad donde el suicidio es aceptado socialmente es el Japón. En lugar de considerar el *hara-kiri* como resultado de una enfermedad mental, en algunas circunstancias los japoneses lo consideran normal y aceptable, como cuando salvaguardan su honor o si un japonés es humillado por algún fracaso. La razón de esto radica en las diferentes actitudes hacia la moral en las diferentes culturas.

Hasta ahora, teniendo en cuenta las afirmaciones de los que defienden la antipsiquiatría, la locura o la enfermedad mental es un diagnóstico subjetivo que va cambiando con el paso del tiempo y en las diferentes regiones del mundo. En vez de estar causados por “desequilibrios químicos” u otros problemas biológicos, el desacato a las normas y a las reacciones emocionales, que nosotros llamamos enfermedades mentales, son el resultado de dificultades que la gente tiene para satisfacer sus necesidades, y también tal conducta es el resultado de lo que esta gente ha aprendido en sus vidas. La solución es enseñarle a la gente cómo satisfacer sus necesidades, cómo comportarse y usar cualquier posición que tengan en la sociedad para forzar a otros a respetar sus derechos. Éste es un trabajo de educación y de vigencia de la ley, no de medicina o de terapias.

4. HISTORIA Y LOCURA

Una piedra en la cabeza, una condena del alma, una posesión diabólica, un encantamiento, un delito, una conducta antisocial, un vicio... todas estas cosas han definido a la locura a lo largo de la historia y algunos de estos calificativos han perdurado hasta hoy, o se han escondido bajo el escudo divino del cientificismo.

Durante la mayor parte de la historia de la humanidad y en la mayoría de las civilizaciones, a los trastornos psíquicos se les ha considerado una condena; a los enfermos, culpables; y a los encargados de su atención, inquisidores, cuya misión era librar a la sociedad del mal. Precisamente, el origen del estudio de la locura está íntimamente ligado a la religión. Ya el hombre primitivo atribuyó una causa sobrenatural a la enfermedad mental, lo cual no le privó de abordar cierto enfoque

terapéutico. Se han encontrado cráneos trepanados de hace más de 10.000 años pertenecientes al neolítico europeo que demuestran que ya entonces la curiosidad humana identificaba la cabeza como la caja que albergaba los secretos de la conducta trastornada. Este tipo de evidencias se ha encontrado con especial profusión en las Islas Canarias, el Norte de África y Rusia. También se han hallado restos de prácticas similares en Perú y en Bolivia, que demuestran un alto conocimiento médico y una gran osadía a la hora de afrontar los comportamientos patológicos. En muchos casos, el cráneo mostraba evidentes huellas de haber sobrevivido a una confrontación física, por lo que los paleontólogos opinan que la operación tenía como objetivo liberar al paciente de alguna presión traumática que afectaba a su conducta.

Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones las trepanaciones se practicaban con la intención de realizar curaciones sobrenaturales. Según indica Chris Ann Philips, coordinadora de la Asociación Americana de Neurocirugía, *"es muy posible que entre los pueblos precolombinos de Perú y Bolivia las trepanaciones se practicaran con la idea de que un espíritu maligno había poseído al paciente, lo que causaba su demencia. Por ello, se abría un agujero en el cráneo para permitir la salida del agente dañino"*. No se sabe si el resultado era satisfactorio, si se conseguía curar al "loco", pero en gran número de cráneos se han hallado huellas de cicatrización y de curación de la herida infligida, lo que demuestra que el paciente sobrevivió.

La intención de exorcizar al demente no es, ni mucho menos, exclusiva de aquellas culturas. En las antiguas civilizaciones hebrea, griega, china y egipcia también hallamos testimonios de prácticas para combatir los espíritus de ciertas personas cuyo comportamiento no se correspondía con el de la mayoría de la población. La única forma de afrontar la locura era expulsando a los demonios del cuerpo.

Tanto desde el punto de vista popular como desde la práctica médica, la concepción de la locura como un fenómeno extranatural se mantiene hasta Hipócrates (460-377 a.C.) El pionero griego de la fisiología señaló por primera vez un posible origen natural de los trastornos mentales, basándose en la idea de que toda enfermedad tiene su origen en el desequilibrio entre los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema. Hipócrates es, además, autor de la primera clasificación psicológica de los temperamentos (colérico, sanguíneo, melancólico o flemático) e incluso llegó a diferenciar tres categorías de trastorno mental: manía, melancolía y frenitis, ideas que perduraron casi inalteradas hasta el final de la civilización grecorromana.

La principal aportación hipocrática al conocimiento de la locura consistió en vincular directamente el mal mental a las enfermedades del cuerpo. Sin embargo, en la Grecia clásica ya empiezan a describirse trastornos cuya dimensión es claramente psicológica. Estos problemas relacionados con el comportamiento recibían un tratamiento emocional específico que se centraba, en gran medida, en la relación entre el enfermo y la persona que lo atendía. El teatro desempeñaba un papel fundamental en estas terapias, ya que se le atribuía una función purificadora o catártica, ya que servía de representación de las pasiones del público. Los sofistas llegaron más lejos y propusieron el diálogo y la lectura como "medicinas del alma" e incluso desarrollaron un "arte de aliviar la melancolía" relatando los propios sueños a un interlocutor autorizado.

La cultura romana recogió gran parte de los postulados griegos sobre la mente, aunque con algunos matices reseñables. Asclepiades, un pensador nacido en el 124 a.C., se muestra contrario a la teoría humoral de Hipócrates y sugiere por primera vez la influencia del ambiente en el comportamiento patológico. Además, alza su voz contra el tratamiento inhumano que se le daba a los enfermos mentales y contra su

encarcelamiento. Él fue el primero que distinguió entre alucinaciones, ilusiones y delirios, y propuso una división entre males mentales crónicos y agudos.

Pero sin duda, la mayor aportación de la época la realiza Galeno (130-200 d.C.), quien sintetizó todos los conocimientos de sus antecesores y realizó una nueva clasificación de los trastornos de la psique. Según su opinión, las causas de la locura podían ser orgánicas (lesiones, exceso de alcohol, cambios menstruales...) o mentales (miedos, desengaños, angustias...). Además, sostiene que la salud anímica depende del equilibrio entre las partes racional, irracional y sensual del alma. Este médico romano realizó el último gran esfuerzo por comprender racionalmente la locura y su tratamiento, antes de que en el mundo occidental se diera paso a una larga etapa de oscurantismo que se prolongaría durante toda la Edad Media.

Sin embargo, el legado de griegos y romanos sí que sería continuado por otras culturas. En Alejandría se desarrolló la medicina con gran eficacia y se atendieron con especial dedicación los problemas psiquiátricos. A los enfermos mentales se les cuidaba en sanatorios donde el ejercicio, las fiestas, la relajación, la hidroterapia, los paseos y la música formaban parte fundamental del tratamiento. Y en Bagdad se construyó en el año 792 el primer hospital psiquiátrico de la historia.

Eran, pues, relativamente afortunados los que caían enfermos fuera de Europa, ya que en el Viejo Continente los afectados de trastornos psíquicos corrieron mucha peor suerte. Durante toda la Edad Media, gran parte del Renacimiento y, en algunos lugares, incluso hasta el siglo XVIII, el tratamiento de los enfermos lo realizaban principalmente los clérigos en los monasterios. En un primer periodo, el cuidado exigía un trato humanitario y respetuoso, aunque el estudio de las causas del mal se abandonó en manos de la superstición y las creencias en la posesión demoniaca. Con el transcurso del tiempo, la visión caritativa del tratamiento mental se fue endureciendo hasta convertirse en habituales los exorcismos, las torturas y los encierros en calabozos.

Pero también hubo otras opiniones: San Agustín aceptó que la razón podía modificar los trastornos del ánimo mejor que la fuerza, y Santo Tomás de Aquino afirmó que el alma no puede enfermar y, por lo tanto, la locura debía ser un mal relacionado con el cuerpo, susceptible de tratamiento.

Ya en el Renacimiento, el español José Luis Vives (1492-1540) negará rotundamente el origen sobrenatural del mal psíquico, y sus contemporáneos Frenel y Paracelso establecerán estrechas relaciones entre el cuerpo y la mente. Sus voces, sin embargo, no tuvieron fuerza suficiente para evitar que al loco se le siguiese tratando como a un endemoniado.

Habrán de pasar algunos siglos más de encierros y torturas antes de que el conocimiento de la enfermedad recibiese una nueva teoría de la mano del francés Philippe Pinel (1745-1826). En plena Revolución Francesa, este médico fue nombrado por la Comuna director del Hospital de La Bicêtre y luego del de La Salpêtrière. Realizó los gestos simbólicos de liberar a todos los enfermos mentales de ambas instituciones y de sustituir el término *loco* por el de *alienado*. Su aportación fue la de conferir rango científico al tratamiento de la psique enferma. Elaboró una completa clasificación de los trastornos mentales -que podían tener la categoría de melancolía, manía, demencia o idiocia-, y sentó las bases de un tratamiento moral de la mente que debía seguir los mismos protocolos que los tratamientos físicos para el cuerpo. Además, sugirió la creación de cuerpos médicos especializados e instituciones exclusivas para el cuidado y curación de los enfermos psíquicos, que son el precedente de los hospitales psiquiátricos de hoy. Por todo ello, a Pinel se le considera uno de los padres de la psiquiatría moderna.

A partir de aquí, el estudio científico de la locura no aporta nada hasta finales del siglo XIX y principios del siglo XX. Figuras como Emil Kraepelin (1856-1926), que acometió una cartografía sistemática de la psicopatología que aún se utiliza; Sigmund Freud (1856-1939), creador de la teoría psicoanalítica, iluminador del inconsciente y proclamador de una nueva forma de psicoterapia dinámica que en nuestros días sigue siendo de las más importantes; y Karl Jaspers (1883-1969), fundador de la psicopatología moderna, dan forma al actual acercamiento de la enfermedad mental desde el punto de vista de las ciencias positivas y de la razón.

Pero, por desgracia, la comprensión de la locura todavía está lejos de ser completa. En las cercanías del siglo XXI, el tratamiento de los trastornos mentales sigue siendo un problema mundial con demasiados asuntos por resolver. Problemas como el desconocimiento de las razones biológicas que provocan la locura, ya planteadas anteriormente, hacen que todo sea dudable en el terreno de la psicología. Durante los últimos cincuenta años, las condiciones de vida y de salud de gran parte de los ciudadanos del mundo han mejorado espectacularmente, pero este notable progreso del bienestar físico ha ido acompañado de un progresivo deterioro de la salud mental. ¿Es nuestro cerebro ahora más débil y por tanto enferma con mayor facilidad, desde el punto de vista psicobiológico? ¿O es más bien que el progreso nos crea nuevas necesidades que provocan mayores frustraciones, depresiones y debilidades mentales que nos llevan poco a poco a la “locura”, como dirían los antipsiquiatras?

5. LOS DESARRAIGADOS.

¿Quiénes son los locos? Hasta ahora no tenemos respuesta objetiva. Siempre ha habido y habrá personas que, por su carácter, su personalidad, sensibilidad, etc, se separan del resto. Algunos destacan por su inteligencia o por razones consideradas positivas. Otros son discriminados por su extravagancia, por sus reacciones, por su moral, por sus actos, socialmente negativos.

En este apartado vamos a olvidar la explicación biológica de la locura y nos centraremos en esas personas excéntricas que no consiguen integrarse en la sociedad, sean cuales sean las razones. Genios, escritores, asesinos, vagabundos, gente sin un lugar estático en el mundo. Los desarraigados.

5.1. Genios y locos

El genio-loco es una imagen mítica del hombre creativo, inspirado, rebelde, obsesionado, neurótico...

Hay prototipos que encasillan y distorsionan la locura al compararla con la naturaleza y la personalidad del creador. Hace dos mil quinientos años, en Grecia, Platón diferenció por primera vez la *locura clínica* y la *locura creativa*, diferencia que fue retomada en el Renacimiento. El *divino artista* renacentista bebía en el entusiasmo poético platónico y en el Dios Padre, creador del universo. El artista, como creador (al igual que Dios), se alejaba de los comunes mortales para alcanzar el éxtasis armónico, la hermosura divina. Un estado de locura divina al que sólo estaban invitados los elegidos. Aristóteles defendió la estrecha relación entre ser genio y padecer un tipo de locura, en este caso la melancolía, que ya había sido previamente esbozada por Hipócrates y postulada por Galeno. La conexión entre un humor melancólico y el talento excepcional para las artes y las ciencias generó la creencia sobre la necesidad de presentar un cierto grado de melancolía para provocar genialidades en filosofía política, poesía o cualquier forma artística. La Edad Media no se pronunció en este tema; sólo la Iglesia se limitó a

condenar el desorden melancólico por estar cercano al pecado de la pereza. Fue a finales del siglo XV cuando de nuevo se acepta, ahora más explícitamente, que únicamente el temperamento melancólico es el capacitado para alcanzar el entusiasmo creativo platoniano. Dicho temperamento se puso paulatinamente de moda en Europa y llegó un momento en que la sensibilidad, la soledad y la excentricidad adquirieron un gran valor: no se creía posible ninguna gran obra intelectual o artística si su autor no era un melancólico y se mantenía absorto en contemplaciones. Rafael, Durero o Miguel Angel presentaron rasgos de personalidad que se ajustaron claramente a las ideas vigentes de la época sobre el talento creativo.

En el libro *On melancholy (Sobre la melancolía. 1856)* de Timothy Bright, se define al melancólico como: *“Frío y seco, de color negro atezado, de una sustancia que se inclina hacia la dureza, enjuto y escaso de carnes..., tiene una memoria bastante buena si la fantasía no la borra, es firme en sus opiniones, que difícilmente cambia una vez que haya tomado una resolución, dudoso antes y tardo en su deliberación, suspicaz, arduo en sus estudios y circunspecto, propenso a sueños espantosos y terribles, en sus afectos, triste y lleno de miedo, es difícilmente incitado a la ira, pero la guarda mucho tiempo y no se reconcilia fácilmente, envidioso y celoso, pronto a optar por la peor parte de los lances y desmesuradamente apasionado. De estas dos disposiciones del cerebro y del corazón surgen la soledad, los gemidos, las lágrimas..., los suspiros, los sollozos, la lamentación, una cara resignada y cabizbaja, sonrojada y tímida, de paso lento, silencioso, perezoso, rehúsa conocer y frecuentar a los hombres, se deleita más en la soledad y la oscuridad”*.

5.2. Asesinos, sociópatas, psicópatas...

Nos encontramos en el mundo occidental. Aquí es vital la competencia; se sobrevalora el triunfo y se abomina del fracaso; se transmite el mensaje de que nadie es imprescindible, de que el puesto de trabajo hay que ganárselo día a día; el colega más joven, recién llegado a la empresa, puede echar de su puesto al más veterano; los hombres-lobo se devoran entre sí; en cada esquina acecha un seguidor de la diosa Delincuencia; los matrimonios no son el refugio de la estabilidad; la justicia es arbitraria y la dominan los ricos; el negocio es cruel; “perdedor” es el peor insulto que se puede recibir. Bienvenidos al mundo actual, donde Paranoia es la reina. Les recomiendo que sean un poco paranoicos para sobrevivir...

Cuando la paranoia se vuelve insoportable, cuando el miedo y la desconfianza dominan la vida de una persona, aparece el peligro de que, para escapar de la locura, esa persona se revista de dureza y egoísmo, se blinde con una coraza de insensibilidad y decida atacar lo que lo rodea. El paranoico puede convertirse en psicópata. Pero la mayoría de los psicópatas no llegan nunca a matar a nadie. Se trata de ejecutivos agresivos o rígidos fundamentalistas, personajes fríos y severos que aplican sus convicciones o realizan sus deseos sin la menor compasión, ni empatía, ni capacidad de dialogar ni pactar con nadie. No suelen matar: viven entre nosotros sonrientes y seductores, amigos de quienes pueden serles de provecho: pero si su tempestad interna les exige matar, no dudarán en hacerlo con la serenidad y frialdad de un verdugo.

Es mucha la expectación que nos crean los asesinos en serie y en general todo lo relacionado con los casos de asesinatos, violencia y maltratos. Nos surgen preguntas acerca de esas personas: cómo serán sus vidas, qué debe de pasar por sus mentes para cometer tales asesinatos, como es posible que una persona pueda llegar a esos extremos. ¿Pero qué es lo que diferencia a un psicópata de un ciudadano de a pie que en un día

estresante piensa en asesinar a su jefe? ¿Nacemos todos con un instinto de matar o más bien son la sociedad y el mundo en el que vivimos los que van formando a futuros asesinos?

Robert K. Ressler es el criminólogo y agente del FBI que utilizó por primera vez la expresión *serial killer* (asesino en serie). Según la estadística y la experiencia, se ha podido trazar un perfil del psicópata, muy utilizado en las superproducciones de Hollywood: “*Varón blanco, entre 25 y 27 años, delgado. En su lugar de residencia, muy descuidado, habrá pruebas del crimen. Historial de trastornos mentales y consumo de drogas. Tipo solitario que pasa mucho tiempo en su casa, donde vive solo (en todo caso, vivirá aún con sus padres). Fracaso en la escuela secundaria o en la Universidad. Sin empleo. Quizá recibe subsidio local*”. Mucho cuidado con cumplir este retrato robot en los EEUU, o serán los primeros sospechosos en un asesinato. Robert Ressler también divide a los asesinos en serie en dos grupos: los desorganizados y los organizados. Los desorganizados son individuos melancólicos, solitarios, esquivos, hoscos, incapaces de relacionarse bien con la gente. Es frecuente que tengan defectos físicos que les han convencido de que son seres especiales, dignos de marginación. En la escuela solían ser callados, tímidos y muy obedientes. Eligen víctimas al azar, a veces de manera muy imprudente para su propia seguridad, y suelen quedarse con pedazos del cuerpo de sus víctimas como recuerdo. Un ejemplo es Edward Gein, que inspiró a Robert Bloch para su novela *Psicosis*, que Hitchcock llevó más tarde al cine. Hace poco ha tenido su propia película, titulada *Ed Gein*. Cuando fue detenido en 1957, tenía en su granja a una mujer decapitada y colgada en medio de la sala. Se había confeccionado chalecos, mandiles y pantallas de lámparas con piel humana.

Los asesinos más conocidos son los organizados. Son simpáticos, desenvueltos, inteligentes, capaces de llevar una vida normal, sin destacar de los demás. Planean el crimen con antelación, emplean trucos para atraer a las víctimas, nunca pierden el control de la situación. Ocultan el cadáver y se buscan coartadas. La incapacidad de crear lazos afectivos hace a estas personas paradójicamente muy atractivas. No se ruborizan, no tienen la menor traba para acercarse al otro porque no les importa lo que puedan pensar de ellos. Su capacidad de mentir, su afán de dominio y su convicción de que están por encima de los demás mortales les otorga un aplomo deslumbrante. Es el caso de Charles Manson, que creó una secta en la que pareció adueñarse de la mente y la voluntad de sus seguidores. En junio y agosto de 1969 le bastó una orden para conseguir que sus acólitos mataran a siete personas, entre ellas a la actriz Sharon Tate, esposa de Roman Polanski. También el cine y la literatura han bebido en abundancia de estas fuentes, con el mítico Hannibal Lecter, en *El silencio de los corderos* y sus secuelas y precuelas, creado por el novelista Thomas Harris.

Pero después de estas clasificaciones, hoy en día no se sabe qué provoca a una persona el instinto de matar. Al igual que las enfermedades mentales, no demostradas por medio de la ciencia, los asesinos no poseen diferencias sustanciales en su cerebro, ni han nacido con un “gen maligno”, como se ha intentado explicar en alguna ocasión. En los juicios a homicidas, suele darse el veredicto de “enfermo mental”. Esto los encierra en una institución psiquiátrica, en lugar de acabar en una cárcel o en el corredor de la muerte. Culpables de haber nacido y crecido en un mundo diferente, donde han sido educados en que la moral y la vida no son importantes. No han podido elegir sus ideales, les han enseñado a seguirlos, al igual que todos nosotros. La diferencia es que nosotros somos la mayoría y decidimos lo que es “bueno” y lo que es “malo”. ¿Cómo sería el mundo si nos educaran en el egoísmo, en la falta de importancia de la vida, en la violencia...? ¿Existiría una ley que acusara a los que no matan? ¿Les diagnosticarían enfermedades mentales? ¿Cómo sería el mundo si se invirtieran los valores?

La psiquiatría sigue estudiando medicamentos y terapias mentales para combatir a los asesinos, dándole menor importancia a la educación, a la reflexión. Pensar es un trabajo de filósofos, y curar de médicos. La “enfermedad” de los asesinos se combate con inyecciones, pastillas, electroshocks... La culpa es del cerebro, de la genética, lóbulos dañados por un golpe o desnutridos, adicción a las drogas que han destruido la materia gris capaz de razonar, disfunciones hormonales, excesos de manganeso en la sangre...

¡Señoras y señores, bienvenidos al mundo civilizado, donde los locos ya no son quemados en la hoguera...!

6. PARAPSIKOLOGÍA

La parapsicología se define como la rama de la ciencia que intenta estudiar, aplicando el método científico, una serie de fenómenos donde la mente parece interactuar con el ambiente de una forma un tanto independiente de los medios físicos conocidos.

No me adentraré en un estudio exhaustivo de los fenómenos paranormales, pero sí lo suficiente para aplicarlo al tema de la locura. Las personas que han tenido contacto con realidades diferentes, no han sido muy bien comprendidas. ¿Qué ocurre cuando un esquizofrénico ve a su lado personas que los demás no ven? ¿Están únicamente en su imaginación? Esto nos lleva de nuevo a la tremenda subjetividad de los juicios acerca de la salud mental.

Hay demostraciones palpables de las diferentes manifestaciones paranormales, como la clarividencia (posibilidad de percibir o visualizar objetos y acontecimientos fuera del alcance de la visión normal), la telequinesis (capacidad de mover objetos a distancia, sin ejercer ningún contacto directo o indirecto y sin causa física apreciable), telepatía (percepción del pensamiento o situación de otra persona sin que intervengan los órganos de los sentidos o el lenguaje), etc. Sin embargo, mientras la ciencia no pueda explicarlo racionalmente, sigue siendo un terreno peligroso, y afirmar su existencia puede provocar la risa y la discriminación de los demás. Incluso, en los casos que puedan afectar a la estabilidad de los principios mundiales, se buscará la falta de la credibilidad, proclamando “lo imposible” como un delirio mental. Es difícil aceptar que lo que has visto en el bosque era un unicornio. Mejor un caballo...

Sería inútil explicar aquí los casos de “locos” que han afirmado la existencia de hechos paranormales, y que han sido silenciados, ya sea por razones de ignorancia o por todo lo contrario, por saber demasiado.

Dejo aquí el camino abierto...

7. LA CURACIÓN.

La psiquiatría en la actualidad posee diversos métodos para tratar a los denominados “enfermos mentales”. En este apartado los veremos desde el punto de vista científico, y de su correspondiente crítica antipsiquiátrica.

7.1. La Psicoterapia

El hecho de tener una "vida mental" conlleva una serie de trastornos en torno a ella, ya sea por situaciones relacionadas con las dificultades de la vida en sociedad o por alteraciones propias del cerebro que, como todos los demás órganos, puede enfermar.

Al principio de la vida en sociedad se atribuían las enfermedades o trastornos mentales a castigos de los Dioses por nuestras acciones. Así pues, los primeros psicoterapeutas fueron los sacerdotes que, en aquellos tiempos, eran los únicos que estaban en "contacto directo" con la Divinidad. Estos sacerdotes llevaban a cabo la psicoterapia mediante medicamentos naturales a base de hierbas y plantas, o con un grueso garrote.

Una vez pasó el tiempo, se le dejó de atribuir a los trastornos mentales un origen divino y, por tanto, ya no eran los sacerdotes los encargados de solucionarlos. Ese papel lo asumieron los médicos. Estos no podían basarse en las antiguas soluciones basadas en la religión, pero tampoco tenían una información suficiente para poder dar otro tipo de terapias, así que tuvieron que buscar una solución a estos trastornos aun sin saber qué eran ni a qué eran debidos. Apareció así la psicoterapia, que recurría a la técnica de ayudar a producir cambios en la forma de sentir, de interpretar y de interactuar con la sociedad mediante la palabra y mediante la manipulación de las ideas.

Hasta los años 50 no hubo medicamentos para el tratamiento de los trastornos mentales. En esta misma época hubo descubrimientos en las ciencias y se empezó a estudiar el funcionamiento del cerebro. Hoy existe un gran número de fármacos que pueden actuar sobre la ansiedad, la depresión, la psicosis, el sueño, los trastornos del apetito, las obsesiones, las convulsiones y otros.

Generalmente, los tratamientos actuales combinan la psicoterapia y los psicofármacos.

7.2. Los psicofármacos

Los psicofármacos son drogas, es decir, "todo compuesto de origen exógeno (externo) que se usa para producir un cambio en el estado de funcionamiento del organismo". Cualquier medicamento es una droga desde el punto de vista científico.

Hay varios tipos de psicofármacos:

- Antidepresivos: son medicamentos destinados a combatir la depresión.
- Antipsicóticos: medicamentos para combatir estados psicóticos.
- Tranquilizantes: medicamentos para combatir la ansiedad.
- Anticonvulsivos: medicamentos utilizados para la epilepsia o en trastornos afectivos para estabilizar el humor.
- Hipnóticos: medicamentos para controlar el sueño.

De todos estos grupos tan sólo los antidepresivos y los tranquilizantes pueden crear adicción. Hay que tener en cuenta que los psicofármacos actúan en dos niveles: en la química cerebral y en el resto del organismo. Teniendo en cuenta esto, los efectos secundarios que se pueden presentar son: somnolencia, rigidez muscular, temblores, aumento del hambre, dificultades sexuales, etc.

Desde que se empezaron a utilizar los primeros psicofármacos en los años 50 se han convertido en el tratamiento más utilizado hoy en día contra la esquizofrenia y contra otras enfermedades mentales. Los psicofármacos más utilizados son los neurolepticos o antipsicóticos. En los episodios esquizofrénicos que sufren los enfermos se usan los medicamentos porque reducen los síntomas en los episodios agudos; y

cuando estos han sido eliminados (o disminuidos) los psicofármacos ayudan a prevenir nuevas recaídas.

Los síntomas para los que se recetan los psicofármacos son: delirios, alucinaciones, dificultades para pensar, reír o llorar sin motivos, agitación, hostilidad y desconfianza. Aquellos que son más difíciles de tratar y, por tanto, sobre los que pueden hacer menos efecto los psicofármacos son: apatía y desinterés, falta de energía iniciativa, retraimiento social, lentitud psicomotriz, falta de ilusión y satisfacción por hacer las cosas, cuidado del aspecto personal, estado de ánimo deprimido y empobrecimiento mental.

La crítica a los psicofármacos se basa en el daño cerebral que causan. En su libro *Venciendo a la depresión*, el Dr. Andrew Stanway dice: *“Si las drogas antidepresivas fueran realmente tan efectivas como se anuncia, los índices de ingreso a hospitales por depresión habrían disminuido los últimos veinte años en que han estado disponibles. Desgraciadamente, esto no ha ocurrido... Muchas pruebas han mostrado que los antidepresivos apenas son más efectivos que los placebos, e incluso se ha encontrado que algunos no son tan efectivos que ese tipo de placebos o pastillas falsas”*. En el libro *Drogas psiquiátricas: un peligro para el cerebro*, el Dr. Peter Breggin asevera: *“La cuestión más importante sobre los antidepresivos más usados es que no producen un efecto específico. Son altamente neurotóxicos e inhabilitantes del cerebro y logran su impacto por medio de interrumpir el funcionamiento normal del cerebro... Sólo la ‘opinión clínica’ de los que promueven estas drogas habla de efectos antidepresivos”*. Lawrence Stevens, un conocido abogado especializado en la defensa de pacientes psiquiátricos dice: *“Físicamente y neurológicamente, las drogas psiquiátricas aniquilan la habilidad de pensar y actuar, incluso en dosis comunes. Al inhabilitar a la gente, pueden detener casi cualquier pensamiento o conducta que el “terapeuta” desee detener. Pero esto es simplemente deshabilitar a la gente, no terapia. La droga temporalmente deshabilita o destruye tanto una buena parte de la personalidad de una persona como la mala.”*

7.3. Terapia electroconvulsiva (*Electroshock*)

La idea de utilizar el electroshock nació al ver que las personas que padecían enfermedades con convulsiones, como por ejemplo los epilépticos, nunca presentaban síntomas de esquizofrenia. Más tarde se dieron cuenta de que no eran las convulsiones lo beneficioso sino el paso de corriente por el cerebro. Al principio se utilizaban sustancias químicas, pero con la aparición de la electricidad apareció también la máquina de electroshocks mediante la cual se puede regular la intensidad y aplicar descargas eléctricas a los pacientes.

¿Cómo se aplica un electroshock? Se colocan electrodos en las zonas temporales del cráneo y apretando un botón se hace que se produzca una descarga eléctrica. El enfermo se convulsiona y entra en un sueño profundo. Más tarde se despierta con una pérdida de memoria transitoria. Consiste en hacer que los circuitos de neurotransmisores en el cerebro se desconecten por un breve lapso de tiempo y luego se vuelven a conectar espontáneamente estabilizados.

Los métodos modernos permiten producir los fenómenos bioeléctricos que conducen a la mejoría sin necesidad de generar una convulsión. Esta terapia, también llamada terapia de estimulación eléctrica cerebral, es poco usada en la actualidad pero sigue siendo efectiva en casos de episodios depresivos graves, donde no funcionan los antidepresivos—con riesgo de suicidio—; episodios maníacos con riesgo de muerte por

agotamiento; episodios psicóticos complicados en que haya una conducta peligrosa para el paciente y su familia y amigos y a los que no les hace efecto los demás tratamientos.

En las contraindicaciones o efectos secundarios que se pueden producir con este tipo de tratamiento se tiene que tener en cuenta algunos riesgos como: lesiones de ocupación de espacio intracraneal (como hematomas o tumores); un reciente infarto de miocardio; hipertensión arterial grave no controlada. El tremendo peligro que conlleva esta “terapia” hace inexplicable su uso hoy en día. Según un artículo de Peter R. Breggin: *“El daño en el cerebro incluye hemorragias cerebrales (sangrado anormal), edemas (acumulación excesiva de fluido), atrofia cortical (encogimiento de la corteza cerebral, o capas exteriores del cerebro), destrucciones parciales del tejido del cerebro...”*. En gran cantidad de casos, la terapia de electroshock deja al paciente en un estado vegetal, más o menos duradero. En ocasiones, de manera permanente.

Muchos psiquiatras han administrado a sus pacientes terapias electroconvulsivas, las Facultades de Psicología siguen manteniendo en su temario el uso del electroshock para pacientes graves, argumentando que no existe el peligro de muerte. Los Gobiernos de los diferentes países lo aceptan por sus cualidades curativas.

7.4. Clínicas psiquiátricas

Normalmente el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades mentales se lleva a cabo en consultorios psiquiátricos de consultas externas, pero en algunos casos es necesario hospitalizar a los pacientes. Esto puede ser por varias razones:

- Para tener al enfermo bajo observación, debido a que el inicio de la enfermedad es a veces confuso y es necesario controlarlo de cara a su evolución;
- Cuando existe un riesgo físico de cara al paciente o a su familia durante crisis de agresividad o intentos de suicidio;
- Tener que llevar a cabo un tratamiento que no es posible administrar en casa (como el electroshock), o que por él mismo no se haría (al no ser conscientes de estar enfermos no ven la necesidad de tomar pastillas, por ejemplo).
- Cuando la conducta del enfermo sea incompatible con la vida en libertad;

Uno de los problemas que se le presenta a la familia a la hora de la hospitalización es que en este tipo de hospitales no se puede visitar a los pacientes. Los psiquiatras dan explicaciones basadas en que los enfermos mentales necesitan espacio, deambular, pasear... Con los espacios amplios y desconectando de su rutina se puede solucionar la angustia que el paciente pueda sentir.

Para llevar a cabo el ingreso de un enfermo mental en un hospital psiquiátrico es necesaria la total voluntad del paciente para ingresar allí. No se puede llevar a cabo sin su pleno consentimiento. En caso de que el internamiento sea necesario y el paciente se niegue, lo pueden retener en el centro un máximo de 72 horas, durante las cuales los familiares deberán conseguir una orden de ingreso por la vía judicial.

8. CONCLUSIÓN

Durante casi ciento cincuenta años la psiquiatría se ha autoconsiderado una ciencia médica y una rama de la medicina, pero la psiquiatría moderna está basada en suposiciones empíricas no probadas, puntos de vista médicos tendenciosos y opiniones pseudocientíficas. No existen hechos científicamente establecidos o independientemente comprobados ni hay leyes o hipótesis que puedan ser sometidas a la experimentación.

La psiquiatría carece de pruebas o evidencias que respalden sus afirmaciones y

eslóganes en los medios de comunicación sobre la "enfermedad mental". Después de setenta años de investigación, todavía no existe una prueba de laboratorio para la esquizofrenia o cualquiera de los otros trescientos trastornos del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Este manual es básicamente una lista de juicios morales sobre conductas anormales, publicado y propagado en todo el mundo por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA). El *Manual* es la Biblia oficial de la psiquiatría organizada; es el equivalente del *Malleus Maleficarum* de la Edad Media, con el que los inquisidores españoles identificaron, estigmatizaron y quemaron a los herejes. Las brujas, los herejes y los chivos expiatorios de hoy son etiquetados de mentalmente enfermos o esquizofrénicos.

En 1818, el Dr. Benjamín Rush, padre de la psiquiatría americana y primer presidente de la APA dijo: "*El terror actúa poderosamente sobre el cuerpo a través de la mente y debe emplearse para curar la locura. El temor es acompañado del dolor, y la sensación de ignominia algunas veces ha curado la enfermedad*". Rush encarceló a su propio hijo en uno de sus asilos.

Reflexionando sobre la locura, me doy cuenta de que el tema es más complejo de lo que esperaba. Cuando uno avanza en el conocimiento y la búsqueda de una vía de liberación social y unas formas de terapia no alienante ni violenta, se va dando cuenta de que no hay soluciones puras y perfectas. La psiquiatría lucha contra algo que considera *enfermedad*, con los medios que hoy se conocen: drogas, terapias dialogadas, internamientos, etc. El hecho de que estas enfermedades sólo se basen en síntomas y no en disfunciones biológicas (como el resto de enfermedades conocidas), plantea muchas cuestiones morales. Sin embargo, ¿qué se puede hacer? Sin los tratamientos psiquiátricos, el hombre se quedaría sólo ante su mente...

Para la Ciencia, un enfermo mental tiene unos problemas que tienen que ser erradicados, eliminados, anestesiados o modificados sin ningún tipo de reflexión que vaya más allá. Sin plantearse que esos síntomas puedan ser resultado de un conflicto con significado dentro del todo contradictorio que es el ser humano. Eliminar sin más esas contradicciones es matar una parte del sujeto, que no siempre tiene que ser perjudicial. A lo largo de la historia de la psiquiatría, los métodos han ido evolucionado pasando de una gran brutalidad (encierro violento, camisas de fuerza, etc.) a ser más sutiles y "civilizados" (refuerzos, castigos, psicofármacos anestésicos, etc.). Aunque cambian los medios, los fines siguen siendo los mismos: modificar, corregir la conducta para normalizar a la población, aniquilando la pluralidad y las ganas de vivir de otra forma que no sea la más productiva para el sistema social en que vivimos. Ya se ha demostrado a lo largo de este trabajo la existencia de elecciones morales consideradas durante mucho tiempo (y algunas aún hoy), síntomas de enfermedad mental. Tales como la homosexualidad o el suicidio. En la actualidad, la depresión es uno de estos síntomas, cada vez más de moda, que deben ser exterminados mediante la Medicina, sin entender que el dolor y el conflicto existen en el ser humano y no podemos negarlos. En todo caso podemos aliviar y analizar los conflictos internos y externos para que el dolor sea menos asfixiante e incluso productivo. Oscar Wilde, que había vivido siempre rodeado de lujos, fue encarcelado en denigrantes circunstancias, acusado de homosexualidad. Durante el tiempo que pasó en la cárcel escribió una inmensa carta a su amante titulada *De profundis* (Desde las profundidades). En ella admitió que el sufrimiento y el vacío absoluto de belleza que lo rodeaban le enseñaron a apreciar la vida, a conocer sus propios defectos. Los síntomas de una terrible depresión le cambiaron la manera de pensar al escritor. Aceptó que el dolor era algo que debía existir en el ser humano y que podía ser un gran maestro de la vida.

Cuando eliminamos síntomas, modificamos conductas u obligamos a tomar fármacos, ¿a quien estamos sirviendo y cuidando? ¿A los psiquiatrizados o enfermos? ¿O lo que estamos es tranquilizándonos y curándonos a nosotros mismos de nuestra intolerancia y miedo hacia la locura que llevamos dentro?

Todo esto no es, aunque parezca, una apología de la locura, de la ruptura con la realidad, del sufrimiento, sino un relativizar poniendo en cuestión las violaciones éticas y sociales que sufren los afectados por la psicología y psiquiatría en todos sus campos de aplicación.

Intentar encontrar soluciones es muy difícil. ¿Cómo aceptar aquellas personas que, por sus acciones, interfieren en el campo de los demás? No estoy hablando de incumplir los derechos humanos (como la vida). Eso entra en el terreno de la Ley y no de la Moral (aunque ambas deberían estar más unidas). Me refiero a la integración de los llamados locos que no crean peligro, pero sí incomodidad. Familias con hijos esquizofrénicos se rompen por no poder soportar la presión y el miedo. La existencia de la psiquiatría se debe en gran parte a esto. A la molestia que causan los que son “diferentes”.

Serían necesarios muchos debates y muchos libros para resolver estas cuestiones, y aún así, nos quedaríamos sin una respuesta unánime. Pero es importante pensar en ello, ¿vivimos en un mundo libre, donde la manera de pensar o de razonar es individual, donde las personas pueden decidir por sí mismas lo que quieren sin temer las consecuencias, o necesitamos que nos guíen, nos curen y nos unifiquen en un único ser considerado científicamente “normal” ? ¿Queremos vivir y comprender la locura, a pesar del esfuerzo físico y psíquico que nos provoque, o preferimos diagnosticar, tratar, curar y alejar de nosotros todo pensamiento irracional e incomprensible? ¿Nos quedamos solos delante del espejo de la mente o pedimos ayuda a la Ciencia para no tener que mirarnos, para que sean otros los que juzguen nuestra alma?

¿Estamos preparados para la Libertad?