

Prof. Juan José López Ibor

La razón de la sinrazón



FOLIA NEUROPSIQUIATRICA

del Sur y Este de España

Vol. VI - Núm. 3

Granada

Septiembre - 1971

La razón de la sinrazón

Prof. Juan José López Ibor

Economistas, sociólogos, políticos y otros intelectuales, tanto al otro lado del Atlántico como en éste, tienen la sensación inevitable y casi peligrosa, de que estamos en un mundo de rápida transformación. Después de la última guerra, la frase que podía definir el estado de ánimo de muchos de ellos es, «America is the Wonderland». Ahora empieza un suave escepticismo o una agria resistencia en algunos, sobre ese pensamiento, pero son pocos todavía. Tal situación de ánimo repercute en el estado de vida del hombre contemporáneo. Las repercusiones sobre la psiquiatría han sido considerables. En América se difundió una preocupación colectiva por el psicoanálisis y la gratificación libidinal consiguiente, que no se ha limitado a la acción individual, sino que después ha impregnado la vida social; y ahora en Europa está ocurriendo algo parecido. La estructura social que aportaron los emigrantes del Mayflower se resquebraja. Lo que llaman ellos su «filosofía» que no es otra cosa que su modo de vivir (Way of life) y no se ha limitado a influir sobre los individuos sino sobre la estructura social. La corriente ha sido tan poderosamente optimista, que las afirmaciones pesimistas de FREUD en su libro «Das Unbehagen in der Kultur»

son olvidadas o reprimidas. De ahí surgió el revisionismo sin apostasía (HORNEY, FROMM, SULLIVAN, etc.). La obra era tan grande, que una vez me dijo PAUL HOCH que sufría tanto con la poca atención prestada a la asistencia social psiquiátrica, en comparación con la prestada a la relación interpersonal —*chaise longue therapy*— (psicoanálisis) que sólo una recesión económica, sería capaz de acabar con esta situación. Por mi parte, creo que debemos tener muy en cuenta, que esa concentración en el estudio de las relaciones interpersonales se debe, como decía SULLIVAN, a que son más influenciables, que las estructuras biológicas que sirven de base al enfermar. Las relaciones interpersonales suponen como punto de partida el conocimiento del yo social, de la máscara, de la persona. Para el americano¹ todo eso lleva consigo el estudio del status social. La creencia en un *meliorismo* que abarca a todos y a todo, exige como contrapartida, la preocupación por las lacras sociales: enfermedad mental, criminalidad, pobreza, minorías étnicas, etc., etc. Esta orientación no se ha limitado a la psiquiatría, sino que ha invadido toda la medicina. SELLEY dice que el progreso de la sociedad americana ha consistido en llevar al plano interno y

(1) Me refiero, en estas alusiones, al habitante de los Estados Unidos.

privado lo que en la gran revolución —la francesa— se realizó en el mundo externo (libertad, igualdad, fraternidad). Es decir, construir una sociedad muy autoconsciente, compuesta de individuos también muy autoconscientes, uniendo una nueva dimensión «vertical» a las complejidades, ya conocidas, pertenecientes a lo que podríamos llamar el plano horizontal. Así se producirá un nuevo y distinto *inconsciente americano*.

No parece que la realidad vaya por ese camino. Es verdad que la intimidad ha sido uno de los grandes descubrimientos del mundo contemporáneo; pero no ese tipo de intimidad del nuevo mundo, que trata de un modo u otro de *manipularla y racionalizarla*. ¡Qué distinta ha sido la historia del pensamiento europeo hasta la última guerra!

Es natural que esta perspectiva influya en el desarrollo de la psiquiatría contemporánea. Se necesita no sólo manipular a los grandes enfermos, sino los pequeños conflictos interpersonales. Cuando tal manipulabilidad no es posible los «snake-pits» están en la reserva. El psiquiatra se ve compelido a jugar un papel social muy distinto del que jugaba en períodos históricos anteriores. Lo primario, cuando la psiquiatría ascendió a ser una rama de la medicina, o sea los problemas de etiología, diagnóstico, pronóstico y tratamiento ha pasado a segundo término; por eso, expresiones tales como esquizofrenia o neurosis carecen del valor que tiene cualquier otra expresión médica. Como cuando un profesor de Psicología dijo en una cadena de la TV neoyorquina: «Todos Vdes. los varones que me escuchan, son genios. Díganse así a sus mujeres. Lo que necesitan es descubrir *en qué son Vds. genios*: eso es lo que pueden hacer los psicólogos».

El futuro de la Psiquiatría, aseguran algunos, depende más del *esclare-*

cimiento de su teoría que de los nuevos hallazgos que se aporten en la práctica. Y el primer punto a tener en cuenta consiste en poner en claro, cuáles son sus relaciones con las otras especialidades médicas. El psiquiatra, en cuanto médico, puede tratar a sus enfermos como máquinas, es decir, como objetos; pero no es esa tarea lo que le caracteriza. Lo específico de él, es que siendo el psiquiatra una persona, tiene que tratar a «otra persona». La Psiquiatría es, pues, *una ciencia social*. Afirmación próxima al pensamiento de KANT, cuando afirmaba que la Psiquiatría es pura filosofía.

Muchas veces se ha aludido en fechas pasadas a los contactos entre la filosofía y la psiquiatría, pero esta corriente de pensamiento y acción a la que me refiero, *curso por otros derroteros*. Como quiera que el psiquiatra se ocupa de seres humanos, no tiene sentido *hablar de salud o enfermedad*, sino que tiene que plantearse *cuestiones éticas y de búsqueda de un lenguaje operativo*, dicen. Pasemos por alto, de momento, las extraordinarias dificultades que aparecen cuando se intenta derivar una ética de la ciencia tomada en ese sentido. Lo cierto es que ha tenido cierto éxito la expresión de SASZ sobre el «mito de las enfermedades mentales». Estas no existen. En la clínica Menninger y en otras, han desaparecido muchos diagnósticos. *Hay enfermedades del cerebro*, cuyos síntomas prevalentes son psíquicos; pero el gran reino de la psiquiatría —desde las neurosis a las psicosis clásicamente llamadas endógenas, contando con todos los capítulos intermedios— deben amputarse de la psiquiatría. Pensar que las enfermedades psíquicas son debidas a defectos o deformidades de la personalidad, sólo puede hacerse apoyándose en un razonamiento falaz, agrega SASZ. Lo que se llaman enfermedades o trastornos mentales, son trastornos

en las comunicaciones que nos hace otro ser humano y que pueden resultarnos inaceptables o incomprensibles, tan incomprensibles como si hablasen en «bantú». El psiquiatra, como decía SULLIVAN, sólo es un observador participante («participant observer») y como tal lo compara con lo que él cree y piensa que es la realidad, emitiendo después un juicio.

Repárese bien, en el salto que se está dando sobre la imagen del psiquiatra y sobre las posibles consecuencias del mismo. Las grandes figuras desaparecidas y muchos de los vivientes de la psiquiatría centro-europea, se han esforzado en delimitar qué es lo que se puede comprender en una conducta humana y qué es lo que rebasa los límites de la comprensión y necesita de la explicación. El psicoanálisis ignoró estas distinciones y a partir de Ana O., buscó una nueva forma de comprensión del sentido de los síntomas de la enferma. En realidad, en esa nueva forma de comprensión se trataba de un intento de fusión de esos dos métodos: comprender y explicar; por eso se evadía la cuestión con expresiones tales como interpretar («Deuten»); pero los problemas psiquiátricos han ido creciendo de tal manera que esta relación intersubjetiva que se basa en el análisis no bastan para resolverlos. (Una vez oí a un psiquiatra de los EE. UU. y eminente director de una poderosa fundación, que había hecho ya el cálculo del dinero que se necesitaba para psicoanalizar a todos los americanos, con lo cual desaparecería la agresividad y el malestar de la sociedad). El despegue de esas nuevas tendencias del psicoanálisis ortodoxo, se comprueba en las continuas alusiones que se hace al mundo de los valores en contra de la neutralidad que quería FREUD mantener a toda costa. «I considers ethics to be taken for granted. Actualy have hever dorse a mean

thing. This surely is a strange thing to say for someone who has studied man as a social being as closely as I did» (JONES, 1957, pág. 247). La psiquiatría y especialmente la psicoterapia, deben tender —se afirma— a la elucidación de los valores y de los fines de la persona mal llamada «enferma» y que no tiene ante sí, más que un *problema de vida*. Antes se creía que el demonio o las brujas eran causantes de las desgracias, ahora se atribuye esto mismo, sin ninguna razón, a lo que se llama enfermedad mental o trastornos mentales, agregan. No se trata ni de exorcisar, ni de curar, sino de enfrentar a cada uno consigo mismo y con su propia circunstancia, utilizando la famosa expresión de ORTEGA: «Esta es la nueva función del psiquiatra».

El científico siempre trata de buscar nuevas conexiones entre los hechos que estudia y cuando la conexión no aparece clara, formula hipótesis de trabajo como la existencia de la *somatosis* en las psicosis endógenas o la *dinámica libidinosa* que desde el inconsciente dirige la vida humana. El establecimiento de la Ley física no altera el objeto que se estudia, pero el hombre vive envuelto en su circunstancia, en su propio mundo, en su atmósfera social y lo que se diga sobre él le influye más todavía. ¿Qué huella deja en un muchacho el que le llamen «ladrón» porque se ha llevado un periódico ilustrado que no era suyo?.

Incluso este aspecto social ha invadido el ámbito general de la enfermedad y así dicen ciertos autores (PARSONS): «La enfermedad somática consiste —poco más o menos— en un proceso psíquico que impide el funcionamiento normal de la biología humana, siempre y cuando el proceso sea económicamente remediable. Si no lo es, se llama *defecto*». En el hombre el proceso normativo es el de *socialización* superado después por la

transsocialización que llevará a la sociedad ideal. El psiquiatra está obligado o comprometido apasionadamente a ayudar a encontrar esa sociedad ideal. La actual sociedad de consumo, no es más que un momento de transición. La sociedad de consumo, podríamos decir, como todo se consume a sí misma.

Como modelo de estudios sociopsiquiátricos se han presentado las investigaciones de HOLLINGHEAD y REDLICH, sobre la relación existente entre las diversas clases sociales y los diagnósticos establecidos. Como este estudio se han publicado después otras investigaciones, muchas de las cuales no confirman las conclusiones de los citados autores. Como dice muy bien S. M. MILLER y ELLIOT G. MISHLE, no puede considerarse como definitivamente demostrado la relación entre ambas variables: por ejemplo, no se puede afirmar que cuanto más baja es la clase, mayor es la proporción de pacientes, puesto que en otras investigaciones han demostrado que en la clase tercera la proporción de pacientes es menos numerosa que en la clase primera y segunda. Hay que distinguir siempre entre las cifras de incidencia de enfermedad mental, de las cifras de enfermos que acuden a tratamiento psiquiátrico. Se había pensado que una elevación en el número de pacientes estaba en relación con un aumento en la propensión a acercarse a sus problemas en *términos psicológicos* y, sin embargo, tampoco esta actitud puede considerarse como estadísticamente demostrada. También es cierto que la variabilidad en puntos de vista para establecer diagnósticos, enturbian todos los datos estadísticos. En U. S. A., donde se han realizado la mayor parte de estos estudios, la esquizofrenia tiene otros límites que en Europa e incluso también la neurosis. Por otra parte, lo que sí resulta más claro es la

propia influencia de la *actitud de los psiquiatras* frente al enfermo que acude a ellos, según su situación económica y esta regla, aunque no sea general sí merecería ser meditada por los psiquiatras.

El último slogan lanzado, es el de «Psiquiatría de la Comunidad». Es necesario examinarlo detenidamente antes de aceptarlo sin discusión. Un gran coro de voces se ha adherido al mismo, pareciendo crear con él una *sub-especialidad* de la Psiquiatría. Se asegura que el Hospital Psiquiátrico está en su ocaso, lo cual podría ser cierto si se refiere a los viejos hospitales o manicomios y que los Centros de Psiquiatría de la Comunidad pueden ser los definitivos y acabar con los problemas, teniendo en cuenta que pueden asistir pacientes dentro y fuera de los mismos y a los cuales pueden agregarse los hospitales de día y de noche, los hogares para convalecientes, los programas de rehabilitación, etc.

La Psiquiatría de la Comunidad, además, parece dirigida a sanear la comunidad urbana antes de que enferme psiquiátricamente. VIOLA BERNAL dice que la dificultad para encontrar el entrenamiento del personal dedicado a la salud mental, con objeto de equipar estos nuevos Centros, supera en importancia a lo que puede realizar la clínica en el sentido de medio por el que el médico se acerca al enfermo. La Comunidad Psiquiátrica ofrece como subdivisiones, la Psiquiatría social, la Psiquiatría administrativa y la Psiquiatría de la higiene mental pública. No sólo debe ocuparse del tratamiento de todas las personas, especialmente de las indigentes en la Comunidad, sino que envuelve la educación de la policía, de los maestros, de los políticos, de los ejecutivos jóvenes, etc. Tan amplio programa exige que el psiquiatra tenga que ponerse en condiciones de reali-

zarlo, lo cual no es fácil ni teórica, ni prácticamente. En todo caso parece más adecuado para *aquellos que se dediquen a la organización de la comunidad*, porque de lo contrario tendría que adquirir profundos conocimientos sobre todo *experiencia* en el mundo de la economía, de la ciencia política, *de la política misma*, del planeamiento de las comunidades y de todas las formas de acción social posibles.

Los sociólogos están muy contentos porque los psiquiatras han descubierto la Comunidad, ya que los sociólogos hace ya muchos años que están haciendo estudios sobre el mismo problema, pero el psiquiatra tiene que preguntarse a sí mismo, cuál es su verdadero papel en estas cuestiones. Las contestaciones que se dan, son siempre demasiado vagas, como vagos y embrioneros son los conocimientos científicos que se tienen de tales problemas.

Todo el mundo reconoce la influencia del medio social en la organización e integración de la estructura de la personalidad, pero lo que no resulta claro es, cómo pueden ser utilizados estos conocimientos en el trabajo en y sobre la comunidad. Como es natural, llegados a este punto, siempre se habla de técnicas, y uno se pregunta ¿cuáles son las técnicas posibles que pueden ser desarrolladas para *tratar la Comunidad*? La misma diseminación de los conocimientos psiquiátricos con respecto a signos y síntomas, azuzado por el deseo de que pronto se sometan a tratamiento aquellos en los que aparezcan, tiene la contrapartida de desencadenar ciertos aumentos en los niveles de ansiedad en la población, sobre todo, cuando se trata, además, de problemas de administración comunitaria, y por si fuera poco, en cuanto se publiquen artículos sobre estas materias, en periódicos o revistas o hablan de ello

en radio y televisión, se produce un deslizamiento de las palabras, implicando en lo que se dice *promesas que la psiquiatría actual no puede cumplir*. Y cuando se observa la acción de muchos directores de Centros de esta naturaleza, se encuentra con la sorpresa de que *acaban por no tener ningún contacto con los enfermos*. He visto bastantes de ellos que se pasan el día activamente de un comité educativo a otro. Y por si fuera poco, ¿dónde está el acuerdo acerca de las causas no sólo de las enfermedades mentales, sino de aquello que se llama, desórdenes emocionales?

Los psiquiatras se mueven actuando en estos sectores en vagas generalidades. Ciertos estudios muy completos sobre los resultados obtenidos en delincuentes juveniles, por ejemplo, el de Cambridge, Summerville, Youth, pueden considerarse negativos con respecto a sus resultados al cabo de 30 ó 40 años de funcionamiento. Creo que no está de más confesar la necesidad de una mayor humildad debida a nuestra actual limitación de conocimientos y de posibilidad de acción sobre la conducta humana.

El camino de la psiquiatría de la comunidad, se convertirá en camino real, si trata de lograr lo que puede ser eficaz. Lo primero es transformar los hospitales de centros de reclusión, en hospitales abiertos, siempre que sea posible, teniendo en cuenta que, abrir la puerta, no debe conducir a un precipicio. Segundo, interesar e incluir en la acción del psiquiatra, no al enfermo sólo, sino a su familia y a su medio. Cualquier psiquiatra que tenga una larga experiencia puede afirmar que, si este contacto con la familia se mantiene desde el principio de la enfermedad y el enfermo se devuelve cuanto antes al seno familiar, logrando que se acepte —lo cual muchas veces no es fácil— el problema cambia radicalmente. A toda costa hay

que evitar la llamada «neurosis institucional», que mejor debía llamarse «psicosis institucional».

Para hacer útil el ingreso en un hospital, es necesario que haya gran número de variedad de centros, como ocurre en el resto de la medicina, que se ocupen de aquellos que comienzan a enfermar, así como también lo es, se mantenga el contacto con el resto de la medicina, para no desperdiciar esa larga tradición que tiene a su favor la medicina somática.

En un pequeño pueblo de Canadá se quiso hacer un programa de higiene mental, lo que determinó la hostilidad de los habitantes del pueblo, contra los que hacían el programa, al no entender bien qué es lo que se proponían y qué es lo que querían decirles. También es necesario completar bien la acción hospitalaria en tantas formas de asistencia post-hospitalaria como pueda ser posible, y como ésta, multitud de medidas análogas que no hacen más que dar al papel del psiquiatra en la sociedad, una flexibilidad que hasta hace pocos años, no tenía y que debe ir aumentando, no a base de afirmaciones utópicas sino de realidades alcanzadas.

A la vista de las consideraciones anteriores, no resulta extraño que H. G. WHITHINGTON en nota editorial del A. J. of P., haga las siguientes preguntas (Social and Community Psychiatry).

1) ¿Cuál es el legítimo dominio de la psiquiatría ya que hemos rebasado en mucho la tarea tradicional consistente en el «estudio y tratamiento de las enfermedades mentales», buscando además el bienestar social y la manipulación humana?

2) Habiéndose extendido tanto el dominio de la psiquiatría, ¿se hallan nuestras aspiraciones a medida de nuestros conocimientos científicos y de la eficacia de nuestra tecnología?

3) Si la intrusión de la psiquiatría en cometidos no clínicos se sostiene, tiene que establecerse un nuevo código de ética práctica para la psiquiatría social, tal como se ha establecido para la psiquiatría clínica. (A lo que agrega HARRIS para hacer más visible la nueva postura. Lo que en la superficie parece un problema racial es, en la realidad, un problema de los que «poseen bienes frente a los que no poseen»).

Es natural, por consiguiente, que aparezcan reacciones contra la desmesurada extensión de la sociopsiquiatría. D. MECHANICH, sociólogo, culpa a los psiquiatras de ser demasiado ambiciosos en sus proyectos y subraya los deseos que tienen muchos de ellos, de que se oigan sus opiniones políticas *como científicas*, en materias en las que carecen de competencia evidente. Según su opinión sería mejor limitarse a la organización y asistencia del enfermo, que a lanzar grandiosos programas de prevención y de promoción de una salud mental positiva, programas que, como he dicho antes, carecen de fundamento científico y por si fuera poco, de éxitos reales.

No seré yo quien niegue la importancia de la psiquiatría social. Si el hombre es «zoon politikon» es natural que su situación social, el medio cultural en el cual vive, resulte esencial en la formación de la personalidad. Por otra parte, la psiquiatría transcultural, nos ha enseñado mucho y apenas hay que insistir en la necesidad de no limitarse al estudio de las otras culturas, sino a las *subculturas que viven en el interior de la sociedad actual*: Y como esta, podríamos aceptar, casi como aforismo, una serie de afirmaciones. Por si fuera poco, también la medicina actual se halla sometida a revisión desde muchos puntos de vista. La definición de enfermedad de PARSON, citada antes, es

socioeconómica y no biológica, *pero tampoco humana*. La medicina quiere ser antropológica y la psicósomática es un modo de mostrar ese anhelo.

Es evidente que como psiquiatras debemos evitar la tendencia hacia una deshumanización de nuestras relaciones con los enfermos y que debemos preguntarnos si es posible organizar servicios de asistencia sin esta tendencia a la deshumanización o hacia la «cosificación» del hombre. No hay que olvidar que el mismo proceso de elevación científica de los médicos en general, favorece esta tendencia.

Pero todo esto plantea a la psiquiatría actual, el problema de la *posible prevención de las enfermedades mentales*. Durante muchos años, dice WAGONER, hemos hablado largamente sobre las enfermedades mentales, pero desgraciadamente poco es conocido todavía sobre los factores que las causan.

Algo que parece muy importante es la necesidad de proporcionar al niño un adecuado medio para su desarrollo. Año tras año se han desarrollado muchos programas educativos, pero nunca —dice WAGNER— ha sido suficientemente subrayado el problema básico de *cómo los padres tienen que proporcionar ese medio, con un potencial máximo para el desarrollo de un niño sano y un potencial mínimo para las semillas del desorden mental*. No tenemos suficiente conocimiento de los factores variables que intervienen en tal medio, aunque nuestra experiencia clínica nos debe ayudar a conocer algo de lo que debemos decir a los padres. Sabemos que algunos niños educados en deplorables medios, se convierten en adultos ejemplares, mientras que otros elevados en un medio adecuado, se convierten en desechos humanos. ¿Es posible que haya algún factor genético en los desarrollos negativos? A esta

pregunta contesta WAGONER: los datos presentes parecen sugerir la presencia de un factor fisiológico que produce el fermento fértil para el desarrollo de una personalidad no sana. La significación de esto, debe estimular la investigación más allá de los variables *psicológicos y de medio*. Muchos detalles nos permiten pensar que el «permissiveness» de 1940, puede ser un factor en la disonancia presente.

Existen crisis en el desarrollo de la personalidad, en el desarrollo de las sociedades y en los sistemas educativos, pero *¿es posible* (se pregunta ECKSTEIN) *encontrar un sistema social y unas instituciones educativas preparadas para estos mecanismos de cambio, de tal manera que las instituciones nunca se vuelvan anticuadas o permitan las crisis devastadoras que estamos experimentando en nuestro propio tiempo?*

La comunicación supone lenguaje, incluso la comunicación consigo mismo. Cuando un delirante empieza con su delirio, si nos *limitamos* sólo a buscar los elementos diferenciales de su contenido y de su función, con el de un sujeto normal, aumentamos el foso que existe entre él y la realidad. Si nos esforzamos en comprender su situación, aunque formalmente sea incomprendible ese foso, y comprenderlo no quiere decir comprenderlo racionalmente, entonces se establece el contacto.

El estudio que ha hecho FOUCAULT de la historia de la locura, es realmente el estudio de las relaciones entre el hombre y lo imaginario. Donde falla su estudio es en pensar que lo imaginario haya sido siempre considerado como patológico, por una parte y por otra, en no distinguir lo imaginario patológico de lo imaginario real. La vida psíquica está sometida a los influjos del medio cultural o del medio social, en el cual

crece, pero no sólo está sometida, sino que también los crea. Lo imaginario patológico, la enfermedad mental en sí, supone, como ya decía HEINROTH, y muy recientemente lo repite ZUTT, una pérdida de la libertad. Hay muchas maneras de entender la

libertad, lo cierto es que la libertad se haya ligada al problema de la existencia humana, tal como el hombre existe, es decir, ligado a una corporalidad y la existencia de la corporalidad es ya la primera pérdida de libertad.

