

J. A. Vallejo-Nágera

# Conócete a ti mismo

Los grandes problemas  
psicológicos de nuestro tiempo



Diseño de cubierta: Ferran Cartes / Montse Plass

© 1990 Juan Antonio Vallejo-Nágera

© 1990 Ediciones Temas de Hoy, S. A. (T.H.)

©1996 De la presente edición: Editorial Planeta DeAgostini, S.A.

Edición especial para Grupo Correo de Comunicación. 1996.

ISBN: 84-395-4810-9

Depósito legal: B.5090-1996

Impreso en: Cayfosa

Printed in Spain - Impreso en España

## ÍNDICE

- Prólogo de José Miguel López-Ibor Aliño  
¿Cuándo hay que acudir al psiquiatra?  
La conciencia de enfermedad. Negación de enfermedad.
- ¿Qué es la enfermedad psíquica? Lo normal y lo anormal en psiquiatría  
¿Cómo convivir con un desequilibrado?  
Hijos de los divorciados. Problemas psicológicos  
¿Se heredan las enfermedades mentales?  
Fobias, neurosis fóbicas  
¿Qué es una neurosis?  
Sotería, supersticiones, neurastenia  
Neurosis obsesivo-compulsiva  
Cleptomanía, piromanía, juego patológico, homicidios  
múltiples irracionales, personalidad explosiva  
Obsesiones-compulsiones  
Histeria, neurosis de conversión, alteraciones somatomórficas, trastornos disociativos  
Neurosis de angustia. Crisis de pánico  
Hipocondría (el enfermo imaginario)  
Trastornos de la personalidad
- Depresión y manía. Depresión unipolar. Depresión bipolar. Psicosis maníaco-depresiva. Reacción depresiva
- Esquizofrenia  
Trastornos alimenticios, anorexia mental, bulimia, bulimorexia  
Paranoia. Trastornos paranoides  
Alcoholismo  
La iniciación con las drogas  
La dependencia farmacológica  
Abuso de medicamentos. Rechazo de medicaciones  
La automedicación  
Trastornos del sueño  
Trastornos psicosexuales  
La exploración clínica  
La inteligencia que no miden los tests  
Transferencia, contratransferencia, *rapport*  
El ingreso hospitalario. La hospitalización forzada  
Técnicas de modificación de conducta  
Unidades de día, hospital de día, hospital de noche, hospital de fin de semana  
Relajación  
Hipnosis. Sofrología  
Psicocirugía
- El electrochoque. Nueva imagen del tratamiento psiquiátrico más controvertido  
Terapia ocupacional  
¿Cuánto debe durar un tratamiento?

## PRÓLOGO

*En ocasiones, los médicos, y más los psiquiatras, ocultamos nuestra falta de conocimiento bajo un lenguaje oscuro, pedante. Escupimos los diagnósticos envueltos en latinajos, creyendo que los enfermos van a calmar su angustia ante lo desconocido, es decir la enfermedad, con algo todavía más desconocido.*

*Estos enfermos van al médico con el deseo de curarse, pero también con la necesidad de conocer lo que les pasa. Desean entender las raíces de su sufrimiento, porque cuando se comprende el terreno que se pisa, la angustia disminuye.*

*Juan Antonio Vallejo-Nágera, maestro en tantas cosas, fue un primer espada en hacer «entender» la enfermedad psicológica a los que la padecen y a sus familiares. ¡Cuántos se han debido sentir aliviados al leer sus explicaciones!*

*La facilidad de hacer claro lo oscuro es un privilegio que pocos médicos tienen. Es, además, una actitud que alivia extraordinariamente el sufrimiento. Si encima se consigue escribiendo y teniendo éxito, la labor es doblemente saludable. Cuando Juan Antonio escribe sobre la psicología humana, sobre el enfermo, no está haciendo divulgación, palabra que tiene una connotación negativa y que se encuentra muy lejos de los conocimientos que él transmite. Su lector encontrará siempre una verdad científica explicada, porque se entiende.*

*Nakagima, el director japonés de la Organización Mundial de la Salud, ha insistido mucho en que los médicos hablemos y expliquemos lo que sabemos sobre la salud y la enfermedad. Dedicó un año al tema «Hablemos de salud». Sólo así se cumplirá algún día el ambicioso programa de esta organización. Y para ello los médicos deberemos aprender de Juan Antonio Vallejo-Nágera. La salud para todos puede ser realidad si compartimos el conocimiento.*

*El lector encontrará en este libro seriedad, rigor y sencillez. Pero hay más. Sólo una fina sensibilidad renacentista como la de este gran psiquiatra es capaz de afrontar los secretos de las enfermedades psicológicas sin crear pánico, sin generar angustia. Y en verdad esto no es fácil. Únicamente puede hacerse desde la experiencia de haber explicado una y mil veces a personas de diferentes niveles culturales cuáles son los problemas psicológicos. Y, además, Vallejo-Nágera lo hace sin ser un «pelmazo»: es capaz de prender al lector en estos oscuros temas de la psicología humana.*

*Los medios de comunicación están cada vez más interesados en estos problemas. De ahí el éxito del psicoanálisis, que empezó a florecer en los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial. Al principio estos temas eran conocidos por unos pocos «iniciados» que, además de creerse muy sabios, solían ser*

*unos pesados. Libros como los de Juan Antonio hacen universal el conocimiento y acaban con muchos papanatas, especie bastante extendida.*

*Vallejo es un maestro de lo sencillo, y le agradeceré siempre lo que me enseñó. Por eso estoy seguro de que se alegrará al ver que acabo este prólogo con unas palabras de otro de mis maestros, mi padre.*

*«Si el hombre vive, si se soporta, es porque se defiende de la angustia. La angustia envuelve al hombre, y la angustia es un estado insoportable. ¡Cuánto sufrimiento se ha encendido o alimentado por una palabra inoportuna! Toda actuación médica tiene un sentido, y el que no sepa encontrarlo, que busque su camino por otra parte.»*

*Vallejo, con sus obras, ha conseguido apagar muchos incendios psicológicos y seguro que ha enseñado a más de uno el camino de la sencillez.*

Dr. JOSÉ MIGUEL LÓPEZ-IBOR ALIÑO

## ¿CUÁNDO HAY QUE ACUDIR AL PSIQUIATRA?

En un tratado de hace unos lustros nos responderían que se debe acudir al psiquiatra cuando se padece una enfermedad mental. En realidad, la psiquiatría contemporánea se ocupa también de problemas que no son «enfermedades mentales» en sentido estricto. Además acuden a los servicios psiquiátricos personas desorientadas, que no precisan para nada este tipo de asistencia y estorban en una consulta, en la que lógicamente se las rechaza. España es un país de extremos, y en pocos años se ha pasado de no llevar al enfermo al psiquiatra más que en casos de suma gravedad, cuando tenerlo en casa era insoportable (y en muchas ocasiones se había perdido ya la posibilidad de curación), a tener una esperanza desmedida en las posibilidades de la psiquiatría.

Además de los pacientes que sufren trastornos de las funciones psíquicas, debidos a alteraciones orgánicas del cerebro, como ocurre en las demencias seniles, en los subnormales congénitos o en los traumatizados craneales, existen otros que son víctimas de enfermedades, como la esquizofrenia, en las que aún no se ha descubierto con claridad la lesión orgánica que altera el psiquismo, pero hay motivos para suponer que existe. Todas estas dolencias se llaman *psicosis* y son las auténticas «enfermedades mentales».

El sector más numeroso de la clientela psiquiátrica lo forman personas víctimas de «reacciones vivenciales anormales», o *neurosis*. En esencia, son formas inadecuadas de reacción que se han hecho crónicas. Los síntomas neuróticos se pueden basar en reacciones que son normales en determinadas circunstancias; lo patológico es su intensidad y su fijación, que las hacen aparecer reiteradamente, perturbando al enfermo, quien suele percatarse del carácter anormal de sus síntomas y desea suprimirlos. Es una de las diferencias con el *psicótico* que puede estar convencido de que él tiene razón y que son los demás quienes están equivocados.

También acuden a la consulta psiquiátrica personas con problemas de conducta no estrictamente psicopatológicos, como matrimonios con conflictos que se percatan de que reaccionan con una hostilidad mutua desproporcionada, que desean corregir. Parte de la clientela padece modificaciones de la respuesta a los estímulos instintivos, como la frigidez o el masoquismo en el terreno del instinto sexual, o la anorexia mental o la bulimia en el del instinto de la alimentación.

La enorme variedad de problemas ha obligado a los psiquiatras a subespecializarse, y hay expertos en «terapia de pareja», otros lo son en terapia de adolescentes, o en psiquiatría infantil, en «técnicas conductistas» o de

«modificación de la conducta», en psicoanálisis, en «dinámica de grupo», en «rehabilitación de drogadictos», en «descondicionamiento de la angustia», en tratamientos psicofarmacológicos, etc...

La respuesta a ¿cuándo hay que acudir al psiquiatra? está en dos claves: una es la intensidad de los síntomas. Cuando son perturbadores para el bienestar del paciente o para su pleno rendimiento personal, familiar o social se debe buscar ayuda técnica. La otra clave está en que esos síntomas, aún no perturbadores, sean indicio del comienzo de una enfermedad que va a cursar con gravedad progresiva si no se corta a tiempo. El interesado se percata de la primera clave (la perturbación de su bienestar), pero no puede adivinar la segunda (el indicio de gravedad futura). Ante la sospecha de cualquier variación del psiquismo, de la estabilidad emocional o de la conducta, lo prudente es exponer el caso al médico de cabecera y él asesorará sobre la necesidad de consultar con el psiquiatra, o con el experto en alguna de las modalidades de subespecialización que hemos mencionado.

## **LA CONCIENCIA DE ENFERMEDAD. NEGACIÓN DE ENFERMEDAD**

Hay muchas frases hechas, de uso común, plagadas de errores sobre los enfermos mentales. Una muy frecuente afirma: «Si un loco sabe que está loco, es que no está loco.» Es falso. Con frecuencia los psicóticos graves perciben su enfermedad, saben que son enfermos mentales y esto constituye uno de sus mayores motivos de angustia y sufrimiento.

Otros psicóticos, por ejemplo los paranoicos, creen que no están enfermos, pero se percatan de que las demás personas los consideran enfermos, y actúan con astucia, disimulando sus síntomas o negándolos.

Durante el curso de una misma enfermedad, la esquizofrenia por ejemplo, hay períodos en los que el paciente tiene conciencia de enfermedad, de «desintegración del yo», de pérdida de control de su psiquismo, con la lógica alarma; y en una fase posterior puede aceptar como reales sus alucinaciones e ideas delirantes y perder la conciencia de enfermedad, y como consecuencia negarse a seguir el tratamiento que podría curarle. Otros están desproporcionadamente alarmados porque creen padecer una dolencia mucho más grave que la que realmente tienen. Este último rasgo enlaza con la llamada hipocondría.

Entre las personas normales las hay aprensivas y otras despreocupadas de su salud. La exageración extrema de estas variantes del comportamiento «normal» llega a ser claramente patológica (enfermiza).

Al aprensivo patológico se le denomina hipocondríaco. El despreocupado patológico olvida el riesgo que corren su salud o vida, pero también existe el llamado «síndrome de negación de enfermedad» o «anosognosia», que consiste en que personas psíquicamente normales (excepto en este punto) niegan contra toda evidencia estar enfermos. Un caso muy llamativo de anosognosia es el denominado «síndrome de Antón» (por el nombre del médico que lo identificó a fines del siglo pasado), que se da en ciegos que se comportan como si pudiesen ver, y hacen a sus amigos comentarios sobre el color de sus corbatas, etc.

Algunas víctimas de enfermedades muy graves, como un cáncer, «no quieren enterarse», y pese a habérselo explicado con suficiente claridad reaccionan como si no sufriesen nada alarmante. Es una forma frecuente de la «negación de enfermedad».

Tanto las actitudes de hipocondría como de anosognosia pueden aplicarse a sí mismos o proyectarse a los seres queridos. Por ejemplo, los padres de un subnormal grave «no se enteran» de que lo es (negación de enfermedad proyectada a un ser querido), y, en cambio, los de uno leve hipervaloran el



problema, no dejan de ocuparse y preocuparse constantemente por él, consultan a un especialista detrás de otro, etc.

La «negación de enfermedad» es un mecanismo de defensa, no «podrían soportar enterarse»; por tanto, el médico y la familia deben tenerlo en cuenta e informarle de su gravedad con suficiente claridad para que se pueda enterar, pero sin acorralarlo.

## ¿QUE ES LA ENFERMEDAD PSÍQUICA? LO NORMAL Y LO ANORMAL EN PSIQUIATRÍA

No existe ninguna definición totalmente satisfactoria de enfermedad orgánica. Tradicionalmente se considera enfermedad a cualquier alteración de la estructura o de la función del organismo, con un deterioro de funciones, un descenso de las capacidades o del bienestar. No siempre resulta fácil la distinción, ¿una persona con dolor de cabeza está enferma o sólo sufre una molestia pasajera?, ¿a partir de cuántos centímetros de estatura ya no se es una persona baja, sino que se padecen rasgos de enanismo? El criterio de sufrimiento tampoco es infalible; existen enfermedades muy graves que cursan sin dolor. En psiquiatría el problema es aún más complejo, pues existen serias dolencias que producen al paciente una sensación de bienestar y felicidad e incluso un aumento real de sus capacidades normales (por ejemplo, una fase maníaca, en la que están más alegres, más activos y con mejor memoria, etc.), pese a lo cual están enfermos.

La gradación entre «normal y anormal» se desliza por una pendiente continua en la que es muy difícil marcar el límite, tal como sucede, por ejemplo, entre los niveles de inteligencia. Al criterio de «enfermedad» hay que emparejar el de «variantes de la normalidad», por ejemplo, un tímido o un aprensivo. En el momento en que esta variante, por su intensidad, es perturbadora para la vida personal, familiar o social del individuo podemos de nuevo hablar de «enfermedad». El sentido común lleva a aceptar la definición más práctica: enfermedad psíquica es todo lo que provoca una alteración o anomalía del pensamiento, de los sentimientos, de las emociones, de la conducta de las relaciones interpersonales y de la adaptación social y profesional, sobrevenida patológicamente.

La definición de *psíquicamente normal* es tan difícil y arbitraria como la de «anormal». Hay tres criterios:

- a) Normalidad, como salud: sería «normal» todo el que esté «sano», o sea que no presente síntomas de anormalidad. Con este criterio se delimita, mejor o peor, lo que puede considerarse como «razonablemente normal», pero no aclara cuál es el estado óptimo, la meta ideal.
- b) Normalidad, como utopía: a su delimitación tienden especialmente las escuelas de psiquiatría dinámica, pues con su técnica no pretenden sólo la desaparición de los síntomas que preocupan al enfermo, sino una reestructuración de toda la personalidad. La «salud mental» es para ellos una situación ideal que describen como «la combinación armoniosa de las diversas estructuras mentales, que culmina en un funcionamiento óptimo».

c) Normalidad, como proceso: es el criterio de las ciencias sociales y de conducta; más que un análisis de las capacidades o *déficit* que presenta el sujeto en un momento determinado, valoran la capacidad de adaptación y la madurez de los esquemas de respuesta y de adecuación de la conducta a largo plazo.

La psiquiatría clásica considera auténticas «enfermedades» mentales sólo a las que son consecuencia de malformaciones o enfermedades somáticas. Suelen tener diferencias cualitativas con el psiquismo normal, no sólo un aumento anómalo de algo que todos tienen. Por ejemplo, el pensamiento sonoro, las alucinaciones visuales o las ideas delirantes no existen en la persona normal, quien las tiene presenta diferencias «cualitativas»; estas enfermedades se denominan *psicosis*. Todas las restantes entidades clínicas psiquiátricas son «variantes del modo de ser psíquico», y comprenden las neurosis, las psicopatías y las disposiciones anormales de la inteligencia.

## **¿COMO CONVIVIR CON UN DESEQUILIBRADO?**

La convivencia con un enfermo grave tiene siempre un tinte dramático. A los sentimientos de cariño y compasión se añaden los deseos conscientes de ayuda y de no dañarlo ni físicamente ni en su sensibilidad. Con un enfermo mental la situación es mucho más compleja y difícil. Con frecuencia, no se deja ayudar; en lugar de gratitud mantiene una actitud hostil y es él quien puede herir físicamente o en su sensibilidad a las personas con quienes habita.

La misión de quienes lo quieren es doble: protegerlo todo lo posible de las consecuencias de su enfermedad y procurar que el paciente no los dañe a ellos.

El paciente precisa protección en muchos terrenos: para que no se haga daño físicamente, pues existen enfermedades con tendencia al suicidio (en la depresión) o a las automutilaciones (en ciertas formas de esquizofrenia), otras en que abandona su alimentación o cuidado personal, o dilapida absurdamente sus ahorros (en la fase maníaca), está indefenso ante cualquier abuso por parte de desaprensivos (oligofrenias y demencias seniles), e incluso puede cometer crímenes impulsado por las ideas delirantes (paranoia).

La tarea más importante y delicada es la de no perder el cariño que se tenía a esa persona antes de enfermar mentalmente. Con un paciente «normal» es automático; ahora está enfermo o inválido, pero sigue siendo la misma persona y provoca idénticos sentimientos. En muchos enfermos mentales hay tal transformación de la personalidad que no se lo identifica con el ser querido: las reacciones son diferentes, ha cambiado la expresión, el modo de pensar, de vestir, de portarse. «No es la misma persona», suele comentar la familia, «ahora dice que no es hijo nuestro, nos mira con odio, insulta, rompe las cosas de sus hermanos sólo por hacer daño...», «nuestra madre no nos reconoce, ha olvidado nuestros nombres...».

Una reflexión que debe repetirse constantemente la familia es que el paciente no elige libremente realizar estos actos. Aunque sea él quien los realiza no son «suyos», son de la enfermedad. Son síntomas típicos de esa dolencia, que ningún enfermo que la padece puede evitar repetir. Sería injusto acusar de maldad a un enfermo del estómago porque vomita y mancha, y a quien padece una enfermedad febril porque le sube la temperatura y suda. Sin embargo, en las consultas psiquiátricas escuchamos continuamente: «es mala, lo hace a propósito».

La protección en el terreno económico, en el del daño físico, en la alimentación, etc., es de sentido común, pero si la familia no logra mantener el cariño no podrá ayudar al enfermo, que, además, se le hará

insoportable: «Tengo que sacar de casa a este hijo, destroza a sus hermanos y a toda la familia; así es imposible vivir en mi casa...»

Para no llegar a tan dramática situación es preciso no identificar al paciente con sus agresiones de todo tipo. Repetirse mentalmente cada vez: «no es él, es su enfermedad y él es la primera víctima; hay que ayudarlo». También conviene sufrir lo menos posible; para lo que en cada caso se toman ciertas medidas para eludir molestias: no discutir con el enfermo (nunca se le va a «convencer», por eso está enfermo), no estar constantemente encima, aceptar sus excentricidades, esquivar los malos momentos.

En los períodos de acentuación de los síntomas puede ser imprescindible la hospitalización temporal, para reintegrarlo al hogar una vez mejorado, aunque sólo sea parcialmente. «Yo no meto a mi mujer (o hijo) en un hospital psiquiátrico.» Esta buena intención puede llevar a que se les haga de verdad insoportable y en un período posterior se desprendan definitivamente de él y lo abandonen en un asilo, mientras que con breves hospitalizaciones periódicas en las peores fases de la enfermedad lo habrían podido mantener en el hogar y en su cariño.

La óptima ayuda al enfermo consiste en proporcionarle el tratamiento médico adecuado. El médico debe orientar a la familia en los matices de convivencia con ese enfermo.

Existe una «terapia de familia», orientada precisamente hacia la ayuda al paciente a través de la familia, y a la familia para que pueda soportar la convivencia con el enfermo.

## **HIJOS DE LOS DIVORCIADOS. PROBLEMAS PSICOLÓGICOS**

Antes del «trauma del divorcio», en la época en que la pareja desavenida permanece en el mismo hogar junto a los hijos, éstos ya sufren por los altercados (aunque los padres los disimulen), por carencias afectivas y por faltarles el espectáculo de armonía y muestras de cariño y respeto entre sus progenitores, necesario para una buena identificación y el normal desarrollo emocional.

No todos los niños salen perdiendo con el divorcio. Si uno de los progenitores es muy perturbador, por anormal o por malvado, se vive la desaparición del hogar como una esperanza de paz.

Los hijos más sensibles a los problemas psicoafectivos son los menores de ocho años. Muchos matrimonios se disuelven cuando llevan poco tiempo casados, o hacen un último intento de reconciliación teniendo otro hijo.

Según la edad varía la reacción de los hijos. Los niños en edad preescolar no comprenden lo que ocurre en la familia, tienden a echarse la culpa («es que he sido malo») y se tornan más irritables (rabietas) y dependientes de sus padres («enmadrados»).

Los de edad escolar se sienten solos y faltos de ayuda. La separación provoca cuadros depresivos y deterioro del rendimiento escolar y de la relación con amigos. Tienden a pedir o a fantasear sobre ir a vivir con el otro, creen que allí sería mejor su vida y tienen la secreta esperanza de volver a unir la pareja.

Entre los adolescentes las dos reacciones más frecuentes son: o una madurez prematura, aceptando responsabilidades de adulto, con un superego hipertrófico; o, por el contrario, conducta antisocial y refugio en las drogas.

Entre los menores de diez años los síndromes (grupos de síntomas) más frecuentes son: retirada, apatía, depresión, regresión, angustia de separación-fobia a la escuela, fugas para buscar al otro.

*Retirada.* El niño rehúye el contacto y conversación. Puede hacerlo sólo en el hogar o también en la escuela (no habla con los amigos, juega solo, no hace preguntas).

*Apatía.* Desgana, pereza, ausencia de iniciativa. Es más acusada en las tareas que no le gustan, como los deberes escolares (baja de rendimiento), lavarse, ordenar sus cosas.

*Depresión.* La depresión se caracteriza por tristeza, llantos, inhibición, desgana y angustia. En la infancia existen también depresiones que pueden coincidir con el divorcio y no estar relacionadas. Cuando el trauma

desencadenante es el divorcio, pero se establece una auténtica depresión, se nota al poco tiempo un cambio en el tema de sus pesares, deja de ser la falta del padre o de la madre y se orienta a otros motivos; el niño no se entristece «cuando se acuerda de...», sino que «está triste»; ya no sirve, como en la primera fase, el consuelo, cariño, comprensión, seguridad; la depresión ya no cede ante estímulos psíquicos, precisa tratamiento.

*Regresión.* El niño «regresa» (retrocede) a una etapa previa del desarrollo. Vuelve a no comer ni vestirse solo, habla más infantilmente. Demuestra con su conducta el rechazo de la situación actual y el deseo inconsciente de «regresar» a una etapa en que era feliz.

*Angustia de separación-fobia a la escuela.* Se llama «angustia de separación» a la ansiedad de la primera ruptura prolongada del contacto con la madre; la manifiestan también los cachorros en las primeras horas de pérdida de la madre. En situaciones de conflicto (como el divorcio y separación de uno de los padres) el niño revive esa angustia, y la actualiza cada vez que se aparta de la madre. La manifestación más típica está en que el niño que ya iba a la escuela sin problemas, vuelve cada mañana a convertir el momento de la partida en un drama con llantos y lamentos.

*Fugas de la casa para buscar al otro,* con esperanza ilusoria de que al ver su desolación regresará al hogar.

Si estos síntomas no son muy intensos y desaparecen en unos tres meses, se considera «normal».

Resultan más alarmantes las reacciones de negación, indiferencia, conducta antisocial.

*Negación.* Consiste en que el niño «niegue» de forma irrazonable que existe el problema, dice que el ausente no se ha marchado, que vendrá a cenar, etc., pese a las veces que se le ha explicado la situación. Es un mecanismo neurótico de defensa.

*Indiferencia, calma.* Aparenta que no le importa, «no se ha quejado ni una sola vez». Tiene el mismo significado que la negación.

*Conducta antisocial, acting-out.* La delincuencia infantil tiene en ocasiones el simbolismo de ganar poder compensador. El haber contemplado a sus padres en lo que a él le parece cruel hostilidad, mutila el superego y le permite actuar sin sentimientos de culpa.

Existe un grupo de reacciones normales que hay que vigilar, pues son patógenas si no se ayuda al niño.

*Sentimientos de culpa injustificados.* Ha escuchado tantas veces «si eres tan malo, papá nos va a dejar», o «das tantos disgustos a mamá, que se va a

marchar», que cuando ocurre piensa que él es el culpable. Puede provocar reacciones de masoquismo, en busca inconsciente de autocastigo y también por dirigir contra sí mismo la hostilidad que siente contra sus padres y no reconoce conscientemente. Es el origen de la propensión a accidentes (*accident-prone*) de algunos niños psicotraumatizados.

Acusaciones falsas al padre o la madre contra el otro. Así consigue que se relacionen, aunque sepa que es para recriminarse.

*Explotación de los padres.* «No voy a ser yo la que siempre le riña», «para unas horas que paso con él, no pienso pedirle cuentas por los suspensos como quiere la madre; que lo haga ella, que es la encargada de su educación». El niño se percata y utiliza la situación. En ocasiones añade proyección de culpa («no puedo estudiar porque os habéis divorciado», etc.).

Errores frecuentes de las madres (o padres) bienintencionadas cuando hablan al niño del ausente, con la intención de mantener una buena imagen de la figura paterna o materna:

- a) Que el ausente le quiere pese a no demostrarlo. El niño se pregunta: si me quiere, ¿por qué no viene a por mí?
- b) El ausente tiene muy buenas cualidades. El niño se pregunta: si es tan bueno, ¿por qué lo dejaste?

Conviene explicar con claridad al niño su situación, dentro de lo que pueda soportar según su edad; dejarle expresar su frustración, irritación y angustia.

Debe tener una imagen realista (aunque atenuada) de lo que puede esperar, y darle apoyo compensatorio.

Contestar: «Eso no es asunto tuyo», cuando pregunta sobre la separación. Sí, es asunto del niño, tiene necesidad de explicación. Se recomienda establecer una hora fija para hablar con el niño a diario unos minutos sobre este tema.



## **¿SE HEREDAN LAS ENFERMEDADES MENTALES?**

Multitud de investigaciones muestran como evidente la transmisión hereditaria de ciertas enfermedades mentales; en cambio, resulta confuso el mecanismo de esa transmisión. La enfermedad es consecuencia de la interacción entre la constitución y el medio; «lo que se hereda no es la enfermedad, sino la disposición a padecerla».

La aparición de la enfermedad en un sujeto, aun en los casos de herencia de carácter dominante, dependerá de muchos factores. Puede que transcurra toda su vida sin que manifieste la enfermedad si no concurren factores desencadenantes. No es posible predecir si el hijo de un enfermo mental manifestará la misma enfermedad; en cambio, sí que se puede predecir que ésta aparecerá con más frecuencia entre los hijos de ese enfermo que entre la población en general; y si el padre y la madre padecen la misma enfermedad, la probabilidad aumenta.

En las esquizofrenias hay un 1 por 100 de esquizofrénicos en la población. Entre los descendientes de padre y madre esquizofrénicos, un 40 por 100 manifestará la enfermedad (cuarenta veces más) y otro 15 por 100 tendrá anomalías psíquicas, aunque no esa misma enfermedad. Entre los gemelos bivitelinos se da la misma proporción que entre los hermanos en general, mientras que entre los univitelinos la concordancia es del 80 por 100. Se considera que se trata de una herencia de tipo recesivo, con penetración incompleta del gen o genes portadores.

La psicosis maniaco-depresiva, o depresión mayor, la presenta el 0,4 por 100 de la población, y el riesgo de que se manifieste en las familias de maniaco-depresivos es treinta veces superior. Entre los gemelos univitelinos la concordancia es del 95 por 100. Parece tratarse de una herencia de tipo dominante, con penetración incompleta del gen.

En las oligofrenias (subnormales o retrasados mentales), la mayoría de las oligofrenias profundas (80 por 100) se deben a causas exógenas (accidentes o enfermedades en la vida intrauterina, o en la primera infancia), y, por tanto, no son hereditarias. En las oligofrenias leves o de mediana intensidad, el 80 por 100 están vinculadas a la herencia. Son hijos de personas de muy bajo cociente intelectual. Cuando el padre y la madre son oligofrénicos, un 80 por 100 de los hijos presenta retraso mental, y sólo el 40 por 100 cuando únicamente el padre o la madre son oligofrénicos. Un factor negativo es que muy frecuentemente los oligofrénicos se unen entre ellos, porque les suele ser difícil encontrar un candidato a cónyuge con inteligencia superior que les acepte. El modo de transmisión es de tipo recesivo.

Las neurosis son reacciones vivenciales anormales, fruto de las circunstancias y, por tanto, no vinculadas a la masa genética. La sobrecarga de neurosis en un mismo árbol genealógico (existen antecedentes hereditarios en el 70 por 100 de las neurosis) se intenta explicar por «falsa herencia», espejismo producido como consecuencia del «contagio emocional» en el ambiente familiar patógeno. Sin embargo, las concordancias en gemelos univitelinos, 83 por 100, según Eysenk, y de sólo el 23 por 100 en los bivitelinos, quedan lejos de estar explicadas totalmente por el «contagio emocional». Dentro de la indiscutible psicogenia de las neurosis parece haber un fondo constitucional de predisposición a reaccionar neuróticamente ante las vivencias patógenas.

## FOBIAS, NEUROSIS FÓBICAS

La fobia es un miedo irrazonable y desproporcionado que el sujeto experimenta ante ciertos objetos o situaciones. El miedo se desencadena siempre ante el mismo estímulo específico que lo provoca, pese a los esfuerzos del enfermo para vencerlo, pues comprende que su miedo es absurdo y patológico. Se denomina *neurosis fóbica* a aquella en que el síntoma dominante es la aparición de este miedo irrazonable ante un estímulo.

Los contenidos de las fobias son variadísimos, y en los antiguos tratados de psiquiatría se incluían listas interminables de las posibles fobias y sus nombres «técnicos» derivados del griego y del latín (agorafobias, claustrofobias, pirofobias, ofidiofobias, nictofobias, cinefobias, etc.). No tiene ningún interés aprender tales nombres. Hoy en la descripción del cuadro clínico se indica: «Fobia a las flores, a los mosquitos, a los espacios cerrados, etc.», según sea el objeto manifiesto de la fobia.

La reacción fóbica, como los demás mecanismos neuróticos, aparece en cierta medida en los individuos normales. Durante la infancia son frecuentes las reacciones de pánico ante la oscuridad, la soledad, los perros, etc., que llegan a fijarse si el ambiente familiar es patógeno, formando estos miedos infantiles la base de una neurosis fóbica en la vida adulta.

La relación entre neurosis de angustia y neurosis fóbica es evidente. La diferencia estriba en que en la neurosis de angustia la reacción de temor aparece espontáneamente, y, en cambio, en la fóbica la angustia brota ante un determinado estímulo, siempre el mismo.

El estímulo ante el cual surge la angustia es sólo su causa aparente; en realidad no es más que un sustituto, al que el sujeto ha desplazado inconscientemente la angustia derivada del estímulo «latente», reprimido en el subconsciente y, por tanto, olvidado.

Así pues, en la fobia hay una causa aparente (el estímulo que provoca la aparición de angustia) y una causa real (el acontecimiento traumático olvidado que se simboliza en la causa aparente). Por ejemplo, una fobia al color rojo (causa aparente) puede encubrir un acontecimiento dramático de la infancia de la víctima, que presencié el asesinato de sus padres y quedó salpicado de su sangre. Una vivencia de este tipo es tan traumática que el psiquismo se defiende en ocasiones relegándola al subconsciente; en estos casos el sujeto olvida, pero permanece en el fondo de su mente. Cuando un estímulo por asociación de ideas puede resucitar este recuerdo (en el ejemplo, el color rojo) el psiquismo se defiende poniendo en marcha la reacción fóbica, que lo obliga a apartar el

pensamiento del estímulo y rompe así la cadena que podría revivir el recuerdo traumático insoportable.

Las fobias tienen un carácter defensivo. El neurótico obtiene un «beneficio» de su fobia (en el ejemplo anterior le libra de revivir la escena), pero paga un precio excesivo (una claustrofobia puede impedir viajar en avión, una agorafobia —fobia a los espacios abiertos— puede coaccionar al neurótico fóbico a no salir de su casa, con las graves limitaciones que se derivan, etc.).

Los síntomas de la neurosis fóbica aparecen en cuanto el sujeto se pone en contacto con el objeto de la fobia. Las sensaciones subjetivas son idénticas a las de la neurosis de angustia: desazón, inquietud, temor.

Si el individuo intenta sobreponerse a la fobia, aparece una desazón creciente y la angustia adquiere tales proporciones que puede llegar a provocar una reacción tempestuosa de temblores, gritos y movimientos desordenados, o de pérdida de la conciencia.

El tratamiento de las fobias es psicoterápico (los medicamentos tranquilizantes sólo alivian transitoriamente).

La psicoterapia (tratamiento que no recurre a psicofármacos) de las neurosis fóbicas consiste en seguir a la inversa el camino que va desde el trauma de origen hasta el síndrome fóbico actual, pasando por las etapas intermedias de desplazamiento, represión, sustitución, sensibilización y proyección.

Hoy se emplea mucho por su sencillez y eficacia la técnica de descondicionamiento de la angustia, según el esquema de la teoría del aprendizaje.

## ¿QUE ES UNA NEUROSIS?

Es el conjunto de síntomas psíquicos y emocionales producidos por un conflicto psicológico y que se han hecho crónicos. En las neurosis se conserva la capacidad de razonar coherentemente.

El término neurosis se mantiene por tradición. Lo utilizó por primera vez Cullen en el siglo XVIII, al suponer que el sistema nervioso era el causante de perturbaciones emocionales. Freud, por el contrario, pensó que conflictos psíquicos internos generan angustia, y que esa angustia y los mecanismos de defensa contra ella hacen aparecer los síntomas neuróticos.

En otros criterios de clasificación de las alteraciones psíquicas se contraponen las neurosis y las psicosis. Las psicosis son las auténticas enfermedades mentales, de causa orgánica (aunque en algunas no esté todavía descubierta), y que producen una alteración de la capacidad de juicio y raciocinio, de la percepción, y de la captación de la realidad. En las neurosis está presente la manifestación de síntomas psíquicos y emocionales molestos, penosos o entorpecedores de la normal actividad, sin que existan alteraciones importantes del pensamiento, de la percepción y del sentido de la realidad.

Para considerar a un sujeto *neurótico* es preciso que:

- a) Los síntomas sean intensos y reaparezcan con frecuencia.
- b) Se percate de que esos síntomas lo perturban y desee librarse de ellos.
- c) El comportamiento inducido por sus síntomas no sea antisocial (en ese caso el diagnóstico es diferente), aunque las manifestaciones de su neurosis, además de hacerle sufrir a él molesten a otras personas.
- d) El trastorno no sea una reacción pasajera ante el estrés.
- e) No proceda tampoco de una lesión o alteración funcional de base orgánica.

En su correspondiente apartado se describen las principales formas de neurosis: fóbicas, de angustia, crisis de pánico, obsesivo-compulsivas, sotéricas, histéricas o de conversión, hipocondríacas, neurastenia.

## **SOTERIA, SUPERSTICIONES, NEURASTENIA**

Sotería, neurosis sotéricas, supersticiones. La sotería es el síntoma opuesto a la fobia. Es una reacción ante un determinado estímulo, del que se obtiene una sensación de protección absurda, injustificada.

Como otros rasgos neuróticos, es un mecanismo psíquico que se observa en personas normales. Los talismanes, amuletos, fetiches, mascotas, el tocar madera, colgar una herradura, etc., son elementos sotéricos. El sujeto sabe que no existe ninguna relación de causa-efecto entre el objeto o acto sotérico y la protección, suerte, etc., que se dice derivada de él, pero se siente más tranquilo utilizándolo. Muchas supersticiones tienen esta dinámica. Hay personas supersticiosas, familias que lo son y colectividades (regionales o nacionales; en España los andaluces son más supersticiosos que los castellanos, y los italianos, más que los daneses), en las que se transmite por contagio emocional la tradición supersticiosa como un elemento sociocultural, y forma parte del inconsciente colectivo.

La exageración de los esquemas sotéricos, hasta el punto de interferir en la actividad normal del sujeto, forma un tipo de neurosis que es poco frecuente.

CUADRO CLÍNICO. Es menos llamativo y más soportable que el de su opuesto, la fobia. Rara vez se acude al médico, puesto que los objetos sotéricos son, en apariencia, fuente de situaciones placenteras o de seguridad. Las manifestaciones sotéricas se limitan generalmente a la acumulación de los objetos sotéricos. Otras veces el sujeto no puede separarse de una persona o situación dada, con las consiguientes limitaciones. En ciertos casos el síntoma queda enmascarado y es difícil percibir su carácter sotérico, como en las formas de obesidad debidas a sobrealimentación, en las que la comida tiene carácter de «objeto que da seguridad», y el paciente se refugia en la ingestión de alimentos como respuesta a toda situación displacentera (al igual que en la infancia se refugiaba en la madre, que a la vez era quien le proporcionaba alimento, y de ahí la asociación y desplazamiento de uno a otro objeto). No es fácil la distinción con otras formas de bulimia (ingestión desordenada y accesional de alimentos, con fines distintos de la satisfacción del apetito y de la nutrición). Otra forma encubierta de sotería es la masturbación (como fuente de consuelo, no de satisfacción sexual) en algunos adolescentes.



*Sotería y superstición están, con frecuencia, estrechamente relacionadas. En muchas comunidades, las creencias supersticiosas se transmiten por contagio emocional, como un elemento socio-cultural más, que forma parte ya del inconsciente colectivo.*

**PSICODINAMIA.** Similar a la de la fobia, aquí el objeto sotérico suele simbolizar la fuente primaria de seguridad y de confort que es la madre. No la madre tal y como fue realmente, sino la madre idealizada, como la ve el niño en la primera infancia.

El tratamiento ha de ser psicoterápico. Para que la terapia resulte eficaz hay que desentrañar la relación del acto sotérico con los mecanismos de proyección, transferencia y desplazamiento, hasta sus manifestaciones primarias en la fase oral.

**NEURASTENIA.** Es un diagnóstico antes muy común y hoy poco utilizado. Se refiere a un síndrome caracterizado por fatigabilidad, intolerancia emotiva, debilidad, sentimientos de incapacidad, irritabilidad y dificultad para concentrar la atención. Padece múltiples síntomas subjetivos y objetivos, como astenia, fatigabilidad selectiva para tareas que le desagradan, como su trabajo, mientras realiza sin cansancio esfuerzos mayores de otra índole; insomnio, delgadez, extremidades frías, estreñimiento, molestias gástricas. Es un enfermo descontento de sí mismo y de los demás. Lo domina una sensación de desagrado interno, suele autodescribirse como «aburrido» o «desilusionado». En la neurastenia intervienen factores constitucionales, además de los psicógenos. El tratamiento es psicoterápico.

## **NEUROSIS OBSESIVO-COMPULSIVA**

En el apartado «obsesiones-compulsiones» se detalla su concepto y forma de manifestación. El enfermo vive tanto la obsesión (pensamiento que no se puede desechar) como la compulsión (acto que el sujeto se ve impulsado a realizar) como órdenes que siente surgir dentro de sí mismo y que debe obedecer pese a que las considera absurdas, patológicas, anormales y perjudiciales; si se resiste nota una angustia creciente hasta que tiene que ceder.

Las obsesiones y las compulsiones se dan combinadas en la misma persona, formando la «neurosis obsesivo-compulsiva», aunque en un enfermo determinado puedan dominar claramente síntomas de uno de los dos tipos.

¿TIENE EL INDIVIDUO NORMAL OBSESIONES Y COMPULSIONES? Igual que los restantes síntomas neuróticos, las obsesiones y las compulsiones aparecen, dentro de cierta medida, en casi todas las personas. Son más frecuentes en la infancia. Los niños tienen compulsiones a pisar las rayas del pavimento, a dar golpes a todos los postes, a canturrear durante horas el mismo estribillo, etc. En los adultos aparecen ocasionalmente en la mente frases o ideas que resisten durante horas o días todos los intentos del individuo de arrancarlas de su pensamiento, al igual que ocurre con trozos musicales, estribillos que reaparecen de modo obsesivo. Uno de los aspectos más frecuentes de las obsesiones y compulsiones es el carácter de duda patológica. En el siglo pasado se llamaba a la neurosis obsesivo-compulsiva «enfermedad de la duda» o «locura de la duda». En personas normales aparecen con distinta intensidad dudas obsesivas del tipo de los escrúpulos religiosos (duda de si ha pecado o no, si realizó bien la confesión, etcétera); dudas de si cerró los grifos, si apagó la luz, si lleva los billetes de avión, si perdió la cartera, etc., y lo comprueba una o varias veces, aunque sabe que no hay motivo (es el mismo mecanismo de la enfermedad, pero en miniatura). Igualmente son frecuentes las compulsiones a dejar las cosas en un orden determinado: los cajones cerrados, los zapatos de modo similar a como se llevan en los pies y no con las puntas hacia fuera, etc.

CUADRO CLÍNICO DE LA NEUROSIS OBSESIVO-COMPULSIVA. Consiste simplemente en la exageración de estos fenómenos habituales. Los casos intensos suponen una verdadera tortura para el enfermo, que queda inutilizado para la vida normal. Ejemplo: un enfermo que tiene que lavarse las manos treinta



veces; si «duda», si lo ha hecho mal una sola vez, tiene que repetir el ciclo de treinta lavados.

Precisa realizar un complejo ceremonial antes de ponerse cada prenda de ropa, que se quita y coloca siete veces antes de pasar a la prenda siguiente, y si se le interrumpe o se distrae ha de comenzar de nuevo, con lo que el acto de vestirse dura varias horas. Como consecuencia, acaba perdiendo su empleo al que llega tarde a diario, tiene una lesión de la piel de las manos por tanto lavado, etc. Acentúa su sufrimiento la clara conciencia de que todo es injustificado, absurdo, ridículo y enfermizo, y, sin embargo, no puede sustraerse a la tiranía de la enfermedad.

PSICODINAMIA. Las neurosis obsesivo-compulsivas se elaboran sobre una forma especial del carácter: el carácter obsesivo. Este carácter es fruto de influencias ejercidas en la infancia por los padres del enfermo, de los que uno suele ser también obsesivo, pues la enfermedad no es hereditaria, pero se transmite por «contagio emocional». Los padres del obsesivo-compulsivo suelen ser inseguros, rígidos, con severidad excesiva, despegados o, al menos, poco expresivos con el niño. En este ambiente el futuro enfermo se forma un «superego» (personalidad con niveles muy altos de autoexigencia) poderoso, una hostilidad hacia sus padres que le provoca grandes sentimientos de culpa y con ellos intensa carga de ansiedad y los mecanismos de rechazo, represión y luego desplazamiento y sustitución hacia los síntomas obsesivos, que en realidad sólo son símbolos de estos conflictos internos. El obsesivo es perfeccionista, para defenderse de los sentimientos de culpa que lo acosan. Suele ser también minucioso, detallista y con un agudo sentido de crítica, que para su desgracia suele ejercer también sobre sí mismo y sus actos. Muestra una notable indiferencia afectiva, que no es real sino una máscara que se ha impuesto, al temer las consecuencias de sus emociones.

El tratamiento es fundamentalmente psicoterápico, para buscar y neutralizar el impulso o temor reprimidos que se esconden bajo el disfraz de los síntomas obsesivo-compulsivos. Algunos obsesivo-compulsivos se alivian con tratamientos farmacológicos con timolépticos (medicaciones antidepresivas); hay casos en que los síntomas desaparecen por completo. En general, es una enfermedad muy resistente a todos los tratamientos. El enfermo suele preguntarse si no es el principio de una forma de «locura», ya que unos síntomas tan irrazonables le hacen temer perder la razón. Nunca evoluciona hacia una psicosis; el obsesivo conservará la razón, aunque no puede portarse «razonablemente».

**CLEPTOMANÍA, PIROMANIA,  
JUEGO PATOLÓGICO,  
HOMICIDIOS MÚLTIPLES IRRACIONALES,  
PERSONALIDAD EXPLOSIVA**

Existen varias formas de comportamiento irrazonables que se clasifican como trastornos del control de los impulsos. Aparte de las dependencias toxicofílicas y las parafilias sexuales, que se estudian en otros apartados (véanse drogas y trastornos psicosexuales), los más frecuentes son la cleptomanía, la piromanía, el juego patológico y las crisis accesionales de violencia.

Todos poseen tres rasgos comunes:

- a) El acto es socialmente indeseable, el deseo o impulso es muy fuerte y fracasan los intentos de resistirlo.
- b) Ante la posibilidad de cometer el acto se presenta una desazón, inquietud e impaciencia creciente, con fuerte carga emocional.
- c) Al realizar el acto siente placer, descarga, alivio, aunque luego tenga sentimientos de culpa o temor y prefiriese no haberlo realizado.

La presencia de estos factores comunes da unidad a un grupo tan heterogéneo de trastornos de la conducta.

CLEPTOMANÍA o *manía de sustraer* (del verbo griego *clépto*, robar) es la tendencia patológica e irresistible a tomar clandestinamente pertenencias ajenas. El impulso deriva de necesidades neuróticas, no materiales. Una de las claves diferenciales con el simple ladrón es que el típico cleptómano no utiliza ni vende lo robado; nunca se ayuda de cómplices; acumula los objetos en su hogar o en un escondite sin usarlos; en ocasiones los devuelve clandestinamente; por tanto, no se beneficia materialmente del hurto. Casi sin excepción, tiene medios para comprar lo que roba.

El cleptómano sabe que lo es y las consecuencias que tiene. Lo han descubierto en varias ocasiones y, aparte del rechazo social, puede encontrarse en conflictos más serios cuando roba en tiendas o grandes almacenes y lo denuncian. Se controla cuando nota que lo pueden descubrir. Al ser descubierto, queda abrumado, llora de desesperación, intenta no volver a entrar en los establecimientos donde sabe que está más expuesto, pero una creciente impaciencia lo lleva de nuevo a las mismas situaciones.

Responde a un conflicto emocional, que se descarga simbólicamente con los hurtos. El cleptómano es consciente de sus actos en todo momento; por tanto, se le considera responsable en los códigos de la mayoría de los países, a no ser que

pueda demostrarse la imposibilidad de autocontrol. El tratamiento es psicoterápico y difícil.

**PIROMANIA.** De modo similar al cleptómano y al ladrón, aquí es preciso realizar el diagnóstico diferencial entre el pirómano y el incendiario. Los incendiarios actúan por motivos antisociales, terrorismo, fanatismo o irresponsabilidad. La mayoría de los incendios forestales que asolan España se provocan por estos individuos, no por los pirómanos. Tiene el pirómano un impulso vehemente a provocar incendios, y posteriormente a presenciar el fuego. Igual que en la cleptomanía, hay una comezón y tensión previas, y descarga placentera al realizar el acto. El pirómano está muy interesado por los medios de producir fuego y los de extinguir los incendios; se le suele descubrir porque los vecinos lo han observado reiteradamente ante los incendios. En los países en que hay cuerpos de bomberos voluntarios es frecuente que sea uno de los miembros más entusiastas del grupo; sus compañeros suelen quedar muy sorprendidos al descubrirse su identidad como pirómano.

**EL JUEGO PATOLÓGICO.** Es el tradicional «jugador vicioso» que se arruina en el juego y luego hace desfalcos para tapan las deudas, y destroza su vida familiar y profesional. Presenta los rasgos comunes del grupo que describimos: deseo irrefrenable, tensión y excitación previas y descarga al realizar el acto. Las tendencias a regresar al juego aumentan en los períodos de sobrecarga emocional o de esfuerzo. El jugador atribuye siempre sus problemas a «una mala racha» que está convencido que va a superar la próxima vez. Obtiene el dinero de otras personas, lo sustrae o hace una estafa, fraude o desfalco, en general con el vago propósito de devolver luego lo adeudado. Es de modificación muy difícil.

**HOMICIDIOS MÚLTIPLES IRRACIONALES.** Sin antecedentes previos de este tipo, un individuo, repentinamente, y sin causa aparente, comienza a disparar o a asestar cuchilladas a los transeúntes o a los que están en un local. Continúa el arrebatado homicida, con múltiples víctimas, hasta que cae abatido por los disparos de la policía o se suicida con una de las últimas municiones. La saña y fría crueldad de la actuación no están explicadas por ningún incidente previo proporcionado. No ha tenido antes crisis explosivas. Se conoce poco el mundo interior de estos individuos, ya que raras veces sobreviven. Al contrario que en los apartados anteriores, es frecuente que tengan antecedentes psiquiátricos, del grupo de la esquizofrenia paranoide. También se conoce con el nombre de trastorno explosivo aislado, para diferenciarlo del intermitente.

**TRASTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE.** Ocurre repetidamente en individuos aparentemente normales, que fuera de estos episodios no tienen conducta violenta en su vida cotidiana. Repentinamente, sin que se haya producido una provocación importante, entran en un estado de arrebatado durante el curso del cual agreden a personas y rompen muebles y objetos de cualquier tipo. Cede en pocos minutos y luego lamentan lo ocurrido. A sus amistades las sorprende si no presenciaron otro episodio. En algunos se aprecian síntomas vegetativos prodómicos que avisan que puede ocurrir. También se conoce como personalidad explosiva.

## OBSESIONES-COMPULSIONES

La obsesión es un pensamiento insistente que domina al sujeto, al menos intermitentemente, pese a que éste lo considere injustificado, absurdo, e intente liberarse de él. Los temas son variadísimos; por ejemplo, puede sentir el temor obsesivo de tirar a su hijo por la ventana; le horroriza la idea, es lo último que haría y, sin embargo, no puede sustraerse a la constante angustia de este temor, que lo domina aunque sea consciente de su injustificación; por eso acude a las consultas a preguntar «si es posible que pierda la razón y cometa ese crimen» (no existe tal posibilidad, el niño no corre ningún peligro). Otro caso es el de un enfermo que cuando su automóvil marcha por la carretera y adelanta a un ciclista sufre la obsesión de haberlo atropellado; aunque sabe que no es así, ha de mirar por el retrovisor para comprobarlo, y muchas veces no queda tranquilo y tiene que dar la vuelta para ver pasar de nuevo a la supuesta víctima, etc. En la neurosis obsesiva se explica el mecanismo de las obsesiones, que constituyen un martirio para quien las padece. La diferencia principal con las ideas delirantes es que el obsesivo «sabe» que sus ideas son absurdas, pero no puede sustraerse a su influjo; el delirante cree que sus ideas delirantes son ciertas.

Se llama compulsión al impulso patológico que lleva a realizar determinados actos o ceremoniales en relación con ideas obsesivas; el paciente es, de nuevo, consciente de que estos actos son absurdos y desea liberarse de ellos, pero sufre tal angustia al no realizarlos que cede a sus impulsos compulsivos. Obsesiones y compulsiones suelen estar tan entrelazadas que se presentan unidas en la neurosis obsesivo-compulsiva, aunque existen casos con dominio de la faceta puramente intelectual (por ejemplo, obsesiones de tipo filosófico: «paso el día pensando en las dimensiones infinitas del Universo, hasta que me da vértigo. Es ridículo, pero no puedo evitarlo, consumo así el día, cada día y mi vida de este modo tan estúpido»). A estas formas «intelectuales» se las denomina neurosis obsesivas.

Las compulsiones adquieren frecuentemente la forma de «duda inmotivada» sobre algo que puede ser importante, como, por ejemplo, si se han dejado bien cerrados los grifos o la llave del gas; el enfermo se tiene que levantar una y otra vez a comprobarlo, entrándole de nuevo a los pocos minutos la duda de si se habrá cerciorado bien, y tiene que levantarse nuevamente, indignado consigo mismo y desesperado por no lograr dominarse. Si aparecen los actos o ceremoniales compulsivos como muy dominantes se habla de neurosis compulsiva, pero, por la mera enunciación de la sintomatología, ya se comprende que la presentación habitual es mixta, de pensamientos e impulsos, o sea en forma de *neurosis obsesivo-compulsiva*.

## **HISTERIA, NEUROSIS DE CONVERSIÓN, ALTERACIONES SOMATOMORFICAS, TRASTORNOS DISOCIATIVOS**

Con el nombre de histeria se conoce desde la antigüedad la aparición de síntomas objetivos importantes sin lesión que los justifique; por ejemplo, una parálisis, pero sin anomalía en los nervios ni músculos, una ceguera sin lesión del ojo ni de los componentes nerviosos del sistema óptico. En todos estos casos de aparente enfermedad orgánica se supone que la causa es un conflicto psicológico, que se transforma, o convierte, en un síntoma orgánico que lo simboliza; por eso también se denomina neurosis de conversión. Teniendo en cuenta que el conflicto psíquico se manifiesta a través de síntomas somáticos (orgánicos), otros prefieren hablar de alteraciones somatomórficas. En una forma de histeria el conflicto psicológico no se simboliza a través de la imitación de una enfermedad corporal, sino de una enfermedad psíquica; en estos casos se habla de trastornos disociativos, pues la identidad está disociada; por ejemplo, una amnesia histérica con la que el sujeto olvida quién es, y en algunos casos alterna su propia identidad con la de nuevos personajes que va creando o que acepta; son los casos de múltiple personalidad.

La palabra *histeria* deriva del griego *hysterá*, que significa *matriz*: la etimología demuestra que los antiguos asociaron la enfermedad con el útero y, por tanto, con el sexo femenino, descuidándose la observación de fenómenos histéricos en el hombre, que existen igual que en la mujer; por eso se prefiere actualmente el nombre de neurosis de conversión.

CUADRO CLÍNICO. Los síndromes (grupos de síntomas que se presentan asociados) histéricos, o de conversión, pueden incluir cualquier síntoma; las variantes e incluso el pintoresquismo clínico son inagotables, y pueden dar lugar a confusiones con casi cualquier enfermedad, ya que las imita.

SÍNTOMAS SOMÁTICOS Y FUNCIONALES. Como ocurre en todas las neurosis, los síntomas histéricos son un intento de defensa en una situación que no se sabe cómo resolver. En los animales observamos que cuando la situación no es adecuada para su forma habitual de lucha (mordisco, aguijonazo, etc.), adoptan una de dos formas de defensa: reacción de hacerse el muerto o la tempestad de movimientos. En la reacción de inmovilidad o de hacerse el muerto, que a veces se acompaña de mimetismo, el animal trata de pasar inadvertido a su enemigo y así salvarse. En la de la tempestad de movimientos, éstos no tienen el objeto específico de herir al adversario, sino de asustarle y que desista del ataque (bufido, erizamiento del pelo, movimiento desordenado de las extremidades, etc.). En la neurosis de conversión se utilizan estos dos sistemas biológicos de defensa.

Entre las formas de neurosis de conversión que utilizan la tempestad de movimientos aparece como tipo el gran ataque histérico, de teatralidad suprema (el histérico tiende a ser teatral, hay relación entre histerismo e histrionismo). En el «gran ataque histérico» el paciente grita, se revuelca por el suelo, se desgarran las ropas, golpea o araña de modo incoordinado y no específicamente intencional a los que intentan sujetarle; alterna momentos de contracción tónica generalizada, en los que se tiende «en arco iris» sobre la nuca y los talones, con otros movimientos y espasmos desordenados e intermitentes que recuerdan un ataque epiléptico de gran mal, del que es un burdo remedo. El diagnóstico diferencial se hace por el electroencefalograma (el histérico lo tiene normal) y por una serie de rasgos clínicos; por ejemplo, el epiléptico tiene su ataque en cualquier momento («en el fuego o en el agua», según decían los antiguos) y el histérico lo sufre tras un disgusto o contrariedad («no podemos llevarle la contraria porque en seguida le da el ataque»), y ocurre cuando hay delante personas que le interesan.

Otras formas de tempestad de movimientos, o de síndromes motores hipercinéticos, son: temblores, tics, espasmos musculares, movimientos atetoides o coreiformes (como el del «baile de san Vito»). Todos suelen ser de gran amplitud y espectacularidad y no corresponden exactamente a las enfermedades que imitan (en eso se apoya el diagnóstico diferencial).

Los síndromes de conversión que utilizan la reacción de inmovilización, que es otro modo de llamar a la reacción de hacerse el muerto o de sobrecogimiento, pueden ser motores y sensoriales.

Entre los motores dominan las parálisis histéricas, desde la paralización total sin respuesta a ningún estímulo (catalepsia), hasta las parálisis localizadas de medio lado del cuerpo, de una extremidad, de una mano, un dedo, etc. Las parálisis frecuentemente se combinan con síntomas hipercinéticos, como temblores, espasmos o tics, y dan lugar a cuadros tan pintorescos como la en otros tiempos famosa astasia abasia (en ella el enfermo tumbado puede realizar normalmente los movimientos de las piernas, pero es incapaz de permanecer de pie o andar).

Entre los síndromes sensoriales los más frecuentes son los de anestesia histérica, para una sensibilidad (térmica, táctil, dolorosa) o varias a la vez, y pueden afectar a todo el cuerpo o a una parte. Las anestias histéricas no siguen los esquemas anatómico-neurológicos, sino que son de distribución arbitraria, como las anestias «en calcetín», «en guante», etc.

El concepto de la ganancia por la enfermedad es fundamental en la histeria. El paciente obtiene una «ganancia» de tipo doble:

a) Para resolver un conflicto actual.

b) Simbólicamente apoya la represión de un conflicto al subconsciente (generalmente mantenido desde la fase edípica de la infancia; pueden ser deseos incestuosos con los correspondientes sentimientos de culpa y de necesidad de autopunición o de temor al castigo).

Los síntomas de conversión no sólo existen por algo, sino también para algo. En este «para», en su utilidad hacia el enfermo está la clave del desinterés del paciente por sus síntomas y curación (en el siglo pasado a este fenómeno se le

llamaba «la bella indiferencia»). Si los síntomas desaparecen queda el paciente privado de su defensa psicógena y a merced de los sentimientos de culpa.

La «ganancia con la enfermedad» en el presente es tan importante para el enfermo, que se convierte en uno de los obstáculos para la curación.

El histérico no es un simulador. El simulador quiere parecer enfermo, hacerse pasar por enfermo. El histérico de modo inconsciente «quiere estar enfermo», y lo consigue.

**PSICODINAMIA DE LA NEUROSIS DE CONVERSIÓN.** En resumen, es la transformación de un conflicto emocional en síntomas somáticos o psíquicos, y tiende a uno de estos fines:

- a) Expresión simbólica, y con ella la satisfacción del impulso reprimido.
- b) Negación de la existencia de la idea o impulso inadmisibles para la conciencia.
- c) Crear un impedimento físico que proteja de la realización del acto simultáneamente temido y deseado.
- d) Autocastigo por sentir los deseos prohibidos o haberlos satisfecho anteriormente, en la realidad o con la fantasía.
- e) La obtención de un beneficio concreto (atención, cuidados) a través de los síntomas.

**TRATAMIENTO.** Charcot demostró en el siglo pasado que los síntomas histéricos se pueden provocar y suprimir por sugestión o hipnosis. Su discípulo Freud, que era mal hipnotizador, atribuyó el éxito terapéutico no a la hipnosis, sino a la catarsis (expresión del conflicto) que se produce durante ella. De sus esfuerzos para lograr la catarsis sin recurrir a la hipnosis deriva el psicoanálisis, que es una de las mejores técnicas para el tratamiento de la neurosis de conversión.

No hay que olvidar que el neurótico de conversión, además de sus síntomas alarmantes, tiene un carácter enfermizo, que es el que le ha provocado la aparición de los síntomas a través de su modo de reacción anómalo. Por tanto, es precisa una reestructuración total del carácter y la conformación de nuevos modos de reacción. Es importante recordarlo, pues los síntomas de conversión desaparecen de modo teatral en una sola sesión de hipnosis o sugestión, pero el individuo sigue siendo histérico, aunque de momento no tenga síntomas y esté aparentemente curado, y recaerá con los mismos síntomas o con otros simbólicamente equivalentes si no se realiza una psicoterapia con reeducación del carácter.

## **NEUROSIS DE ANGUSTIA. CRISIS DE PÁNICO**

Clínicamente la angustia es el miedo sin saber a qué. El miedo normal es una reacción temerosa ante un peligro concreto que la justifica, reacción con sus componentes en los dos planos: el psíquico y el corporal. El miedo y la angustia forman parte de la respuesta total del individuo a una crisis, con reacciones normales necesarias para la supervivencia. En la infancia, la angustia ante determinadas situaciones (la oscuridad, soledad, lo desconocido) permite el apartamiento de fuentes de peligro.

Como en todas las neurosis, una reacción que originalmente es normal y útil (aquí la angustia) se desvirtúa al aumentar tanto en intensidad y frecuencia que, en lugar de ser un mecanismo defensivo provechoso, se convierte en una fuente de sufrimiento y de incapacidad. Si esta respuesta desproporcionada se hace crónica estamos ante una neurosis de ansiedad o neurosis de angustia.

Un ejemplo lo aclarará: un individuo en la oscuridad de su habitación se despierta porque oye un ruido; intenta encender la luz y no funciona, vuelve a escuchar, o así lo cree, un roce en la pared. Nota que se le eriza el pelo, siente los latidos acelerados del corazón, sudor frío, sequedad de boca, etc., toda la reacción psíquica y la reacción vegetativa del miedo normal, y se prepara para ocultarse o defenderse. Si se tranquiliza y no vuelve a tener otro episodio similar nada ha ocurrido, pero si, por el contrario, a cada estímulo insignificante, como un portazo, un frenazo, tener que saludar a una persona, o ya sin estímulo externo alguno siente de nuevo aquella reacción de pánico, lo que era normal se ha convertido en anormal por su presentación e intensidad injustificada y estamos ante una neurosis de angustia.

En otras neurosis existe también angustia, pero se expresa transformada, a veces en un síntoma corporal (parálisis, ceguera, etc., como en la histeria o neurosis de conversión), en otras ocasiones en un síntoma psíquico (como en las fobias y en las obsesiones); en la neurosis de angustia este síntoma primordial (la angustia) aparece como tal, como experiencia angustiosa intensa y repetida, sin revestimiento o disfraz.

**CUADRO CLÍNICO.** La angustia puede aparecer de dos formas: o en un estado permanente de ansiedad, «angustia libre flotante» que se actualiza al menor estímulo, o, por el contrario, en «ráfagas de angustia» accesionales, separadas por largos intervalos de aparente normalidad.

La crisis de angustia consiste en la aparición repentina de la angustia en su máxima intensidad, crisis que en el lenguaje coloquial se suele llamar «acceso de angustia» o «ataque de angustia». La típica crisis se presenta generalmente de



modo repentino, sin pródromos o síntomas de aviso que prevengan al enfermo. No es raro que se desencadene durante el sueño, despertándose el paciente con los síntomas en toda su intensidad.

La crisis de angustia se vive por el paciente como una señal de muerte inminente; «noto que me voy a morir; no creo que la sensación de muerte pueda ser más intensa ni más clara», nos dicen, y la intensidad de sufrimiento es equivalente a la de alguien que nota que lo van a matar, y, por tanto, se acompaña de los síntomas corporales, vegetativos, del pánico: taquicardia (latidos cardíacos acelerados e intensos), palpitaciones, hiperpnea (respiración acelerada), fenómenos vasomotores (de la circulación periférica) con palidez, manos y pies fríos, sensación de opresión precordial que en ocasiones llega a ser dolor precordial (que atribuye a un infarto o ángor), hiperhidrosis (sudoración) y otros cambios vegetativos.

Lo más impresionante para el paciente es el dolor precordial, con palpitaciones y sudor frío, pues queda convencido de que sufre un «ataque de corazón» o algo similar que es el preludio de una muerte inminente. La crisis suele durar unos minutos, pero puede persistir durante horas. Es tan viva la sensación de peligro para la vida durante la crisis (riesgo que no existe), que el paciente acude a varios médicos, no queda tranquilo al afirmarle el primero «que no tiene nada del corazón», y lo atribuye a incompetencia del médico, pues no le parece posible que síntomas tan alarmantes como los suyos no tengan causa orgánica grave, por lo que busca otro servicio de urgencia.

A pesar de la repetición de las crisis, y de la experiencia previa de que «no tenía nada grave», en cada nuevo episodio reaparece el pánico incontrolado, la convicción de riesgo para su vida, la búsqueda afanosa de un médico de urgencia, etc.

En algunos enfermos, especialmente cuando las crisis no son nocturnas interrumpiendo el sueño, sino diurnas y ya se repitieron muchas veces, se desplaza el temor de muerte al «temor de volverse loco»; el paciente razona su situación y se dice: «no es posible que yo tenga una pérdida tan absoluta de mí mismo, eso tiene que ser que estoy perdiendo la razón».

En ciertos pacientes no aparecen las crisis de angustia, sino manifestaciones permanentes, pero más leves, de ansiedad. Lo frecuente es que se combinen las dos formas y que el paciente entre sus crisis no esté normal, sino cargado con la «angustia libre flotante» que se manifiesta con mayor o menor intensidad ante cualquier estímulo (ir en metro, entrar en un almacén con mucha gente, alejarse de su casa, acudir a una entrevista, saludar a una persona del sexo opuesto, etc.). La angustia aparece en forma de una tensión displacentera y todo su desagradable cortejo vegetativo (latidos en las sienes, palpitaciones, dificultad para hablar e incluso para respirar, palidez, ganas de orinar, diarrea, sudor de manos, temblor, dificultad para concentrarse, etc.), todo ello con una sensación de malestar muy penosa, pero sin la alarma de muerte ni crisis de pánico incontenible de la gran crisis de angustia.

La psicodinamia de la neurosis de angustia es menos compleja que la de otras neurosis. La angustia que experimenta el enfermo es un reflejo de la que sintió en la primera infancia ante el impacto de algún trauma afectivo.

El tratamiento ha de ser psicoterápico, como en todas las neurosis. Es frecuente (y por supuesto inoperante) que el médico llamado en la «urgencia» de la crisis se conforme con manifestar al enfermo que «no tiene nada» y que «no se

preocupe». El paciente continuará sufriendo sus síntomas y no podrá «dejar de preocuparse» hasta que no se le cure con una psicoterapia adecuada. Provisionalmente, los medicamentos ansiolíticos (tranquilizantes) pueden proporcionarle un gran alivio.

## **HIPOCONDRIA (EL ENFERMO IMAGINARIO)**

La medicina ha abandonado el concepto de la hipocondría como enfermedad; ya no se la considera entidad clínica independiente. La hipocondría es en esencia una actitud que se adopta ante la enfermedad, y cualquier enfermedad psíquica puede presentar añadido ese colorido hipocondríaco.

El hipocondríaco está constantemente sometido a introspección, minuciosamente preocupado por sus funciones fisiológicas (digestiones, estreñimiento, etcétera) y con posibles síntomas de enfermedad.

Una persona que está realmente enferma puede ser además hipocondríaca, y quizá sus preocupaciones no se centren en los síntomas importantes (existen enfermedades graves que cursan sin apenas molestias), sino en los imaginarios, o los leves a los que él da gran importancia (meteorismo, dolor de cabeza, «mareo», etc.). Asimismo, el hipocondríaco, al centrar su atención en determinada función y cargarla emocionalmente, puede provocar alteraciones psicógenas (por la fuerza del impacto psicológico) de esta función y crear síntomas reales, funcionales u orgánicos.

El síntoma capital de la hipocondría es la preocupación que siente él por su salud. El hipocondríaco medita constantemente sobre sus síntomas, reales o imaginarios, llega a percatarse de signos funcionales que escapan habitualmente a la conciencia (intensidad de los latidos cardíacos, estado del pulso, funciones digestivas, etc.). Desarrolla una sorprendente sutileza en la captación de sensaciones cenestésicas (del interior del cuerpo). Es prolijo en la descripción de su cuadro clínico, aclara repetidas veces el alcance de cada una de sus descripciones; además de hacerlo ante el médico, es su tema predilecto de conversación. La atención del hipocondríaco se centra no sólo en el estudio de sí mismo (se toma el pulso y la temperatura y el número de respiraciones por minuto varias veces al día, es el primero en comprarse un aparato para medir la tensión arterial), sino también en la cantidad y composición de los alimentos. Sabe con qué aguas minerales hace mejor la digestión, qué grados de ventilación o de temperatura le conviene, etc.

La sintomatología más típicamente hipocondríaca es la sugestiva, que experimenta acompañada de una especial distimia (alteración negativa del estado de ánimo), sumamente desagradable, que le hace colocarse en actitud fóbica frente a sus molestias, de las que siempre cree que son el comienzo de enfermedades graves. El hipocondríaco acaba renunciando a casi todo para consagrarse a cuidar su «enfermedad».

En psiquiatría, la actitud hipocondríaca aparece como un síntoma añadido en:

- 1) Algunas formas de depresión endógena, especialmente en la melancolía involutiva (depresión de los ancianos).
- 2) Adquiere en ciertos casos los rasgos de un desarrollo delirante, de contenido hipocondríaco, en la llamada *paranoia hipocondríaca*.
- 3) En algunas esquizofrenias aparece un tono hipocondríaco.
- 4) Multitud de neuróticos, tanto histéricos, neurasténicos, como organoneuróticos y pacientes con psicوماتosis, destacan en su cuadro clínico general la actitud hipocondríaca; si se hace muy dominante se describe a los portadores como *neuróticos hipocondríacos*.

## **TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD**

En personas psíquicamente normales, que razonan bien y con un sentido claro de la realidad, encontramos formas de conductas anómalas o extrañas. Tienen en común la tendencia a percibir el ambiente y responder a él de una forma tan inadecuada que entorpece su adaptación, sin que exista enfermedad mental. Si las consecuencias no son perturbadoras ni para él ni para los demás se habla de rasgos de la personalidad, si el sufrimiento subjetivo o la inadecuación social son serios y persistentes estamos ante trastornos de la personalidad.

TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD. PSICOPATÍAS. SOCIOPATÍAS. NEUROSIS DEL CARÁCTER. Los trastornos antisociales de la personalidad forman un grupo aparte de los restantes trastornos de la personalidad, engloban a personas con alteraciones importantes de la convivencia. Los que muestran otros trastornos de la personalidad los sufren y pueden también hacer sufrir a otros, en cambio, el grupo que describimos hace padecer a los demás, pero ellos no acusan sufrimiento ni sentimientos de culpa. En la literatura técnica también se les conoce como psicópatas, término que se presta a confusiones, pues en el lenguaje científico se tiende a aplicar «psicópata» al enfermo psíquico y sabemos que por definición el psicópata no es enfermo mental. Por el matiz de anomalía de adaptación social también se conocen como sociopatías, y en la literatura analítica como neurosis del carácter.

Con cualquier denominación los síntomas son los mismos. Comienza antes de los quince años con hurtos en casa, mentiras reiteradas, falsificación de las notas en la escuela, actos de vandalismo, vagabundeo, fugas de casa, contacto con el alcohol y las drogas, pendeencias, expulsión de la escuela, actividad sexual promiscua precoz y violenta y cualquier forma de delincuencia infantil. En general, violación de las normas de conducta en el hogar y frente a la sociedad.

Del mismo modo que los expulsan de la escuela y colegios ocurre después en los empleos, o los abandonan sin tener previsto otro. Uno de los rasgos típicos es «actuar por las apetencias en el momento presente sin tener en cuenta las consecuencias». Otra característica fundamental es la ausencia de conciencia ni de sentido de la responsabilidad, y una tercera la pobreza sentimental (carecen de la capacidad de sentir, o de mantener el tiempo habitual sentimientos de amor, pena, arrepentimiento, vergüenza —es el tradicional «sinvergüenza»—, alegría o desesperación, y especialmente el de culpa). Serán incapaces de mantener una relación de pareja o vida familiar o profesional satisfactoria y estable. Gran parte de los delincuentes (proxenetas, estafadores, desertores,

etcétera) pertenecen a este grupo; que no hay que confundir con los delincuentes «normales», que no actúan impulsados por rasgos patológicos del carácter, sino por libre elección. La distinción no siempre es fácil.

En la etiología influyen factores ambientales, de privación afectiva y también factores genéticos con anomalía de la función del sistema límbico. Tiene mal pronóstico.

**TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD. PARANOIDE.** Recuerda al paranoico, sin llegar a tener ideas delirantes. Los rasgos más llamativos son: desconfianza, suspicacia, susceptibilidad, no aceptan las críticas, creen tener siempre razón y que la culpa es de los demás. Tienden a los celos. Son orgullosos, fríos, con escaso sentido del humor y de las manifestaciones de ternura.

**EL TRASTORNO ESQUIZOIDE Y EL ESQUIZOTÍPICO DE LA PERSONALIDAD.** Son formas emparentadas con la esquizofrenia. El esquizoide es frío, distante sentimentalmente, indiferente a lo que opinen de él, solitario, con pocas amistades. El esquizotípico tiene los rasgos del esquizoide, pero además trastornos del pensamiento, de la conducta, del lenguaje y de la percepción, que recuerdan más a la esquizofrenia, sin llegar a su gravedad. Algunos tienen una sensación de fuerza interna, de «presencia», de clarividencia, de telepatía, etc., que los lleva a actuar como médiums, adivinos, futurólogos, etc. Con frecuencia son extravagantes en el vestir, ambientación de su hogar y en el lenguaje.

**TRASTORNO HISTRIONICO DE LA PERSONALIDAD.** Al contrario que los anteriores, el histriónico está siempre pendiente de lo que opinen los demás, y los trata de impresionar con una conducta teatral, llamativa. Logran hacer amistades con facilidad, pero se convierten en posesivos, exigentes, egocéntricos, reclamando la atención, pretenden estar «en escena» de modo permanente. Son muy activos, inquietos, vanidosos y con reacciones desproporcionadas a los conflictos interpersonales.

**TRASTORNO NARCISISTA DE LA PERSONALIDAD.** El narcisista no busca atención como el histriónico (con el que le asocian rasgos comunes), sino preferentemente admiración. Tiene un concepto hipervalorado de sí mismo, fantasías de talentos, de cualidades y de éxito, y el empeño de que los demás las acepten como reales. Exhibicionismo, tendencia a utilizar a los demás.

**TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD POR EVITACIÓN.** Padecen una actitud hipersensitiva. Sufren tanto con cualquier crítica, rechazo, desaire, ridículo o vergüenza, que son incapaces de actuaciones, como hablar en público, salir a bailar de los primeros, interpelar en una reunión, iniciar amistades, etcétera. Como consecuencia pierden oportunidades de sobresalir y de relacionarse, pero, al contrario que el esquizoide (al que no le importa), anhelan desesperadamente estos logros perdidos. Excesiva autocrítica. Sólo aceptan de buen grado el trato con personas de las que saben que les son incondicionales.

**TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR DEPENDENCIA.** Están inseguros de sí mismos, y aceptan depender de los demás, y que éstos (cónyuge, familia,

amigos) tomen todas las decisiones importantes y, en suma, les manejen su vida. Soportan abusos de los demás, con tal de lograr este apoyo.

**DEPRESIÓN Y MANÍA.  
DEPRESIÓN UNIPOLAR.  
DEPRESIÓN BIPOLAR.  
PSICOSIS MANIACO-DEPRESIVA.  
REACCIÓN DEPRESIVA**

Con todos estos nombres se denomina a un grupo de enfermedades en las que destacan o una tristeza profunda, desproporcionada a la situación (depresiones), o una alegría y euforia inmotivadas (manía).

La depresión y la manía no son enfermedades mentales en sentido estricto, son enfermedades del estado del ánimo, de la afectividad.

La depresión es de dos tipos en cuanto a su origen. La depresión exógena o reactiva (reacción depresiva) y la endógena.

La exógena o reactiva es la respuesta anormal en intensidad o duración a conflictos, disgustos o tragedias; es una reacción normal en su origen que se sale de su cauce y desarrollo normales (un duelo por una persona querida que dura diez años, sin que el sujeto salga de casa más que para ir al cementerio, no quiere ver la televisión, etc.). También (según el criterio clasificador) se denomina depresión neurótica o depresión psicógena (en esencia dicen lo mismo: exógena = que viene de causa externa; neurótica y psicógena = generada por conflictos psicológicos), y puede sobrevenir a una persona que fue emocionalmente normal hasta ese momento, o sobre una disposición anómala del carácter, el carácter melancólico. La diferencia esencial con la endógena, además del origen, está en el tratamiento, que en esta forma ha de ser psicoterápico (terapia de conducta, cognitiva o analítica).

La depresión endógena se supone que no procede de la influencia de agentes exteriores (disgustos, conflictos), sino de una alteración en ciertos componentes del sistema nervioso central, neurotransmisores, y en ellos de las concentraciones de ciertas sustancias (serotonina, norepinefrina). Este desajuste neuroquímico, cuando procede en sentido contrario, provoca síntomas opuestos a la depresión, la manía.

**SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN.** El cuadro clínico de las distintas formas de depresión tiene rasgos comunes y es muy característico. Presentan cuatro grupos de síntomas:

- a) Del ánimo. El paciente está triste, llora o desea hacerlo, siente intensa angustia y desconsuelo.
- b) Del impulso. Ausencia de energía, de vitalidad, queda apático, desganado, cualquier tarea trivial (leer el periódico, vestirse) le parece



abrumadora, dice que no tiene «ganas ni de pensar»; este freno a la actividad se denomina «inhibición psicomotriz».

c) De la valoración de sí mismo y de sus circunstancias. Pesimismo, desesperanza, ideas de acusación o de indignidad, de ruina, de negación.

d) Síntomas somáticos. Insomnio, pérdida de peso, anorexia, estreñimiento.

**MANÍA. CUADRO CLÍNICO.** Es opuesto «en espejo» a la depresión, los mismos síntomas en sentido contrario:

a) En lugar de tristeza tiene alegría contagiosa, euforia, ríe.

b) En vez de inhibición psicomotriz, el paciente maniaco tiene una vitalidad desbordante, habla tanto que queda afónico, emprende mil asuntos, recuerda cosas olvidadas, hace visitas y llamadas telefónicas, compra y regala objetos inútiles.

c) La autovaloración y juicio de sus circunstancias es optimista, sin crítica, con tendencia a la grandiosidad. Las ideas sobrevaloradas o delirantes, en lugar de ser de ruina, condenación, etcétera, son de ganar millones, estar en contacto con Dios, de que va a salvar el mundo, evitar guerras, etc.

d) Los cambios corporales son menos acusados que en la depresión, su insomnio adquiere la característica de que «necesito menos sueño» y despierta en plena euforia; pide comida pero antes de terminarla emprende otras tareas.

**DEPRESIÓN BIPOLAR. PSICOSIS MANIACODEPRESIVAS.** Una misma persona puede sufrir alternantemente fases de euforia maníaca y otras de depresión. Se llamaba tradicionalmente «psicosis maniacodepresiva», y ahora «depresión bipolar» o «trastorno afectivo mayor». Los síntomas en la fase depresiva son idénticos a los que tiene una persona que sólo sufre depresiones (depresión unipolar), y los de la fase maníaca los mismos de un enfermo que sólo tiene fases maníacas.

**PRESENTACIÓN Y CURSO.** Existe una clara predisposición genética. Tanto en la unipolar como en la maniacodepresiva, el primer episodio suele aparecer antes de los treinta años. Remiten espontáneamente y de modo más rápido con la medicación. Una vez superado el episodio maníaco o depresivo hay intervalos de normalidad absoluta entre una y otra fase. Con la edad las fases patológicas se hacen más frecuentes y duraderas y, al mejorar de una puede iniciar la siguiente. Las depresiones son más frecuentes en las mujeres.

**RIESGOS.** Es una enfermedad sin deterioro, una vez superada «no deja residuo», hasta que aparece la próxima fase (puede tener sólo una en toda su vida). El peligro está para el maníaco en que durante su euforia se arruine o desprestigie; y en las depresiones hay que tener en cuenta el vehemente deseo de «no vivir», con tendencia al suicidio.

**TRATAMIENTO.** Las depresiones responden bien a los timolépticos tricíclicos y a los inhibidores de la monoaminoxidasa. Las fases maníacas se atenúan y

abrevian con neurolépticos. En muchos casos de psicosis maniaco-depresiva (el 80 por 100) el tratamiento continuado con sales de litio evita la aparición de nuevas recaídas intensas. En los casos resistentes a otra terapéutica, y que presentan alto riesgo, se sigue empleando el ETC.

## **ESQUIZOFRENIA**

Entre la variedad de enfermos mentales, existe un grupo que corresponde en líneas generales a lo que las gentes entienden como «loco», «enajenado», «demente» o con «pérdida de la razón». El radical común está en la falta de lógica, en la «incomprensibilidad» de su conducta.

A finales del pasado siglo, Kraepelin dio a la enfermedad el nombre de «demencia precoz», pues aparece en edades tempranas (precoz), y lleva en muchos casos a un profundo deterioro intelectual (demencia). Posteriormente Bleuler acuñó el término «esquizofrenia», con el que hoy se conoce la enfermedad (que, se sospecha, engloba enfermedades distintas con aspecto común).

**CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS SÍNDROMES ESQUIZOFRÉNICOS.** La escisión de la personalidad, que da nombre a la esquizofrenia, supone una escisión, una ruptura de los mecanismos psíquicos normales. La mente esquizofrénica se rige por leyes nuevas, diferentes de las de toda persona normal y de las de cualquier otro enfermo psíquico. Por ello el esquizofrénico resulta incomprensible psicológicamente; el espectador no «comprende» las vivencias del esquizofrénico. Ante un maniacodepresivo o un paranoico el observador se percata del sentido patológico de las vivencias del paciente, pero las comprende, se «imagina lo que siente el enfermo». Ante el esquizofrénico, por el contrario, el espectador se siente incapaz de imaginar de dónde le vienen al paciente sus extrañas ideas y conducta. Domina el cuadro clínico un colorido especial de absurdidad. Los síntomas esquizofrénicos tienen un sello indefinible de extrañeza.

Consecuencia de la escisión de la personalidad es la incongruencia de la conducta esquizofrénica. Se intercalan sucesivamente síntomas de perturbación mental gravísima (delirios, incoherencia, alucinaciones) con rasgos de comportamiento normal, y buen rendimiento de las tareas.

La extrañeza que siente el espectador también la padece el enfermo, especialmente en los primeros estadios de la enfermedad. No comprende lo que le pasa a él ni lo que ocurre en torno suyo, por lo que se establece una ruptura de contacto con la realidad. El esquizofrénico tiende a refugiarse más y más en su mundo interior aislándose del ambiente, fenómeno que se conoce como autismo esquizofrénico.

Los síntomas esquizofrénicos aparecen con plena claridad de la conciencia, se perciben con nitidez y no de modo confuso o embarullado, como en los estados de obnubilación.

Se han intentado delimitar los llamados «síntomas primarios», o síntomas «patognomónicos», cuya presencia decidiría el diagnóstico. No hay acuerdo total pero la mayoría acepta como fundamentales los siguientes:

- 1) Sonoridad del pensamiento (el enfermo «escucha» su pensamiento y cree que otros también lo oyen).
- 2) Voces dialogadas (alucinaciones auditivas de personas que hablan entre sí).
- 3) Voces que comentan la propia actividad (las alucinaciones auditivas «hablan de él»).
- 4) Vivencias de influencia corporal (siente que manipulan en el interior o exterior de su cuerpo, que éste se modifica en tamaño, composición, etc.).
- 5) Intervención del pensamiento («no me dejan pensar», o «me obligan a pensar en...», «cuentan lo que pienso», etc.).
- 6) Percepción delirante (atribución de significado absurdo a cualquier hecho u objeto).
- 7) Sentimientos y acciones interferidos (le impiden o imponen actos o emociones).
- 8) Conducta catatónica (alteraciones en el movimiento o posturas, negativismo, etc.) o gravemente desorganizada.

FORMAS CLÍNICAS. Según los síntomas dominantes se delimitan cuatro formas clínicas:

- a) *Tipo desorganizado*. Domina la incoherencia, el carácter insípido, vacío, del psiquismo del paciente. Las ideas delirantes y las alucinaciones son también desfleadas. Conducta extraña, muecas, posturas extravagantes. Profundo aislamiento social y progresivo deterioro, sin períodos de clara mejoría.
- b) *Tipo catatónico*. Los trastornos más llamativos son de los movimientos y de la expresión. Existe una modalidad llamada flexibilidad cérea en la que el paciente adopta pasivamente las posturas impuestas, como si fuese una estatua de cera moldeable. Mutismo, estereotipias (repetición amanerada de gestos o actos improcedentes), negativismo, estupor, agitación.
- c) *Tipo paranoide*. En el que predominan las ideas delirantes sobre los restantes síntomas. Las ideas tienen contenidos parecidos a las de los paranoicos (grandeza, persecución, celos, etcétera), pero sin la sistematización de la paranoia. En la esquizofrenia, las ideas delirantes son mucho más absurdas, extravagantes y sin argumentación coherente; surgen de la propia enfermedad y no de las vivencias del sujeto.
- d) *Tipo indiferenciado*. Presenta síntomas psicóticos claros (de enfermedad mental) sin que encaje exactamente en una de las formas precedentes.

PRESENTACIÓN Y CURSO. En ciertas familias hay una clara predisposición. Es de aparición precoz, generalmente en la adolescencia o juventud. Cursa en períodos o «brotos», con períodos de mejoría parcial. Después de cada brote suele acentuarse el nivel de deterioro o defecto esquizofrénico. Es de mejor pronóstico

cuando la personalidad era vigorosa y estaba bien adaptada socialmente antes de enfermar, y cuando hay un claro factor desencadenante.

TRATAMIENTO. Es mixto, con medicaciones (neurolepticos), tratamientos biológicos y psicoterapia. Si el paciente mantiene la medicación es menos probable una recaída.

## **TRASTORNOS ALIMENTICIOS, ANOREXIA MENTAL, BULIMIA, BULIMOREXIA**

La anorexia mental o anorexia nerviosa es un síndrome psiquiátrico que se centra sobre la negativa de la enferma a comer, y una alarmante pérdida de peso. Aparece en mujeres jóvenes, solteras, entre la pubertad y la adolescencia. Hay casos tardíos y alguna excepción masculina. La frecuencia de la enfermedad va en aumento (una adolescente entre cada 200). No se trata de una verdadera anorexia (inapetencia), es todo un trastorno positivo de la conducta alimenticia. Las enfermas no quieren comer.

Al hacerse alarmante la delgadez, la familia suele obligarlas. Recurren entonces a toda clase de estratagemas para no alimentarse. Fingen haber comido o con habilidad de prestidigitador esconden la comida en la servilleta. Cuando se las obliga a ingerir alimentos, van inmediatamente al cuarto de baño a vomitar, etc. Seleccionan los pocos alimentos que aceptan entre los que tienen menos calorías. Aseguran que no toleran los demás. Toman laxantes y diuréticos. Las pacientes están muy activas (algunas caminan durante horas para «consumir calorías y adelgazar»), rinden bien en los estudios o profesión con una energía que sorprende en su estado. Pierden el interés por los temas sexuales.

Los síntomas somáticos alcanzan equivalencia con una caquexia orgánica. Las jóvenes anoréxicas parecen tener muchos años más, quedan esqueléticas, huesos y piel arrugada y deshidratada; el aspecto es de foto siniestra de campo de concentración. La paciente juzga con acierto el aspecto físico de las demás mujeres, pero no el suyo, que asegura que es «normal», y si engorda unos gramos cree haberse deformado por la obesidad. La negativa a alimentarse es tan tenaz que se provocan caquexias y hay una mortalidad que se calcula entre el 10 y el 20 por 100 de los casos.

No está claro el origen de esta anomalía. Los psicoanalistas lo atribuyen a un rechazo inconsciente a la femineidad o a fantasías de fecundación oral. Muchos casos se inician tras un período de obesidad y la preocupación de la familia o de la paciente por recuperar la línea. El conflicto con la familia, especialmente con la madre, es uno de los elementos constantes que dominan el cuadro clínico. Los organicistas atribuyen la anorexia mental a un trastorno hormonal previo o un déficit hipotalámico. Los conductistas a que «no han aprendido» la sensación de hambre y sencillamente no comen. No está comprobada ninguna de estas interpretaciones.

Por la gravedad de la enfermedad y el mal pronóstico ambulatorio, el tratamiento suele ser hospitalario, para romper el círculo vicioso de hostilidad con la familia, y realizar alimentación controlada y tratamientos biológicos junto

a psicoterapia. Son pacientes que protestan de su ingreso, se consideran normales y creen injustificada cualquier terapéutica, que hacen todo lo posible por evitar.

**BULIMIA. BULIMOREXIA.** La bulimia se manifiesta por crisis de apetito voraz e incontrolado. Es frecuente que se combine con actitud anoréxica en la bulimorexia, y la paciente después de cada ingestión desordenada intente vomitar, tome laxantes, diuréticos, etc. Excepto la crisis de bulimia, la conducta global es parecida a la de una anorexia nerviosa, con la preocupación obsesiva por no engordar un gramo. La lucha entre la atracción accesional por la comida, y el rechazo posterior se vive con ansiedad, sentimientos de culpa y de autodesprecio. La vida de la paciente se centra en la comida, comer o expulsar lo comido por medio de vómitos y laxantes, domina su campo de intereses.

Los atracones de comida los inician como compensación por un disgusto o fracaso, como «gratificación oral». Se convierte en hábito y ya responden a cada situación de estrés con la comida, de modo indiscriminado; pueden comer medio kilo de mantequilla o de tocino.

Una diferencia llamativa con las anoréxicas estriba en que éstas desde el principio rechazan su femineidad y no manifiestan interés erótico ni sexual. Las bulimoréxicas, por el contrario, hacen los sacrificios de no comer para estar más atractivas, buscan el galanteo casi obsesivamente, manteniendo en secreto sus problemas de alimentación, que dominan su vida tanto como la de las anoréxicas.

El tratamiento es psicoterápico, difícil y prolongado. Responden mejor a la terapia de grupo que a la individual.

## PARANOIA. TRASTORNOS PARANOIDES

Dentro de los diferentes tipos de enfermos mentales a los que en el lenguaje coloquial se denomina «locos», existe un grupo caracterizado por presentar como único trastorno importante ideas delirantes (ideas falsas, sobrevenidas patológicamente e irreductibles por la argumentación lógica). En la historia de la psiquiatría se ha ido llamando de diferente modo a estos enfermos, desde las anacrónicas denominaciones de «locos razonadores», «monomaniacos», etcétera, hasta la de paranoicos, actualmente en uso. En los viejos tratados se solía poner como ejemplo a don Quijote, que, fuera de su delirio de caballería andante, razonaba con gran discreción.

Esta alteración psíquica puede tener distintos niveles de gravedad; si es leve se habla de trastornos paranoides, o síndrome paranoide, y si es grave y crónico, de paranoia.

La paranoia típica es de comienzo lento, insidioso sobre una *personalidad paranoide* (que luego describiremos) y forma un delirio crónico, sistematizado, no modificable por la argumentación lógica y que se relaciona con las vivencias del sujeto, conservando éste íntegras la inteligencia, la memoria, la lucidez y la capacidad de juicio y raciocinio; siempre que no se trate de su tema delirante.

Las ideas delirantes del paranoico tienen la característica de ser «sistematizadas»; su delirio forma un todo coherente, compacto, intentando el enfermo, que conserva su capacidad de argumentación y aspecto normal, dar una apariencia lógica y una explicación racional de sus ideas delirantes más injustificadas. Como las ideas (de celos, grandeza o persecución) «pudieran ser verdad», si el observador no está informado, puede creer que lo que el paciente afirma corresponde a la realidad.

Los delirios paranoicos son de temas muy variados; los más frecuentes tratan de ideas de persecución o injusticia, celos o amores, y de grandeza.

En los delirios de persecución, el paciente se siente acosado por personas poderosas, sectas o parientes. Una forma atenuada es el delirio de referencia, en el que se supone espiado y cree que todos hablan de él, murmuran, etc.

Los *delirios de injusticia*, llamados también querulantes y *pleitistas*, hacen que el paciente se sienta tratado injustamente por un tribunal, superiores en la empresa, por la familia de su cónyuge, etc., y tienda a plantear constantemente pleitos y reclamaciones.

En los *delirios de grandeza* tiene la convicción de la enorme importancia de su persona (se cree jefe de estado, rey, pontífice, profeta elegido, etc.).



Los *delirios de celos* son una fuente de amargura y riesgo para la pareja. Aunque la persona amada sea realmente infiel los celos pueden ser delirantes, y los motivos, para la convicción del enfermo, absurdos. Los *delirios eróticos* tienen su núcleo delirante en la falsa idea de ser amado por una persona notable a la que quizá sólo conocen de referencia.

Las emociones y la conducta del paranoico corresponden a sus ideas delirantes. Está asustado si el delirio es de persecución, prepotente si es de grandeza y hostil e incluso peligroso si es de celos o injusticia. La conducta está influida por los patrones socioculturales (por lo que creen que otras personas harían si fuesen ciertas esas circunstancias), y cambian con las costumbres. Por ejemplo, hasta hace pocos lustros, los maridos paranoicos con delirio de celos era frecuente que matasen a su mujer; era el «código calderoniano» vigente también para algunos «sanos»; en cambio ahora las persiguen con sus abogados, divorciándose y negándose a pasarles la mensualidad, privándolas de los hijos, etc.

El tratamiento de la paranoia es inicialmente medicamentoso y responde bien a los neurolépticos. Sólo en una segunda etapa, cuando el paciente ha mejorado y es accesible, se complementa con psicoterapia.

Los trastornos paranoides tienen sólo una diferencia de grado con la paranoia. No son tan intensos, y en su desencadenamiento además de la personalidad previa paranoide han influido factores muy estresantes, como la emigración, pleitos, oposiciones, ocupaciones humillantes, etc.

Personalidad paranoide, carácter paranoide es la base de la predisposición a desarrollar un trastorno paranoide. En los niños, el carácter paranoide se manifiesta por una necesidad desmedida de alabanza, sufren con el menor reproche, no se consideran responsables de sus fallos y acusan a otros de sus faltas. En la edad adulta, el paranoico muestra cuatro rasgos caracterológicos fundamentales: orgullo, desconfianza, falsedad de juicio e inadaptabilidad.

El trastorno paranoide compartido, que antiguamente llamaban *folie à deux*, consiste en el contagio psíquico de las ideas de grandeza o persecución o mesianismo que tiene otro. En ocasiones un grupo numeroso participa de la paranoia de un líder fanático, como en el suicidio colectivo de Guyana.

## ALCOHOLISMO

El alcohol etílico se utiliza desde tiempo inmemorial como modificador del estado de ánimo, y también desde las épocas más remotas se conocen sus peligros. En general la ingestión de bebidas alcohólicas produce un optimismo transitorio, euforia, sensación subjetiva de bienestar y de cordialidad, una percepción atenuada de la fatiga, de los dolores y de las penas o preocupaciones. Cada bebedor, por iniciativa propia o por influencia de su grupo, busca alguno de tales efectos. Hay variaciones enormes en distintas culturas en cuanto a la aceptación de la bebida e incluso del etilismo; algunas sociedades, como las musulmanas, rechazan tajantemente el alcohol, en otras se induce a beber desde la infancia.

Si todo quedase en los efectos de la bebida moderada y ocasional, el alcohol sería bienvenido, pero en una notable proporción de los consumidores habituales produce serios trastornos físicos y cambios de la conducta que resultan demolidores para las actividades personales, familiares, sociales y laborales del bebedor. En esos casos se habla de «abuso de alcohol», «uso patológico del alcohol», «etilismo» o «alcoholismo». El paso de la bebida moderada al etilismo no siempre está bajo las posibilidades de control del afectado.

Como ocurre con todas las drogas (y el alcohol es una droga), los signos de alarma se centran en:

- a) patrón patológico de uso,
- b) deterioro de la actividad,
- c) dependencia.

El *patrón patológico de uso* viene definido por una o más de estas características: intoxicación prolongada y habitual, dificultad para dejar de beber con fracaso de los intentos esporádicos de abstinencia o de disminuir la bebida (consigue dejar de beber durante unas horas al día, por ejemplo, las horas de trabajo, o algunos días, ejemplo, los «bebedores de fin de semana», o en períodos de unas semanas; pero sigue bebiendo aunque sabe que empeora sus trastornos físicos y sus conflictos), y al mismo tiempo siente necesidad de beber para iniciar una actividad. En etapas avanzadas, la bebida le produce amnesia de lo ocurrido durante los períodos de embriaguez. Nota que el alcohol le provoca serios daños físicos y graves consecuencias y no deja de beber.

El *deterioro de la actividad* comienza en los propios episodios de intoxicación (por ejemplo, *embriaguez patológica* con irritación y agresividad en vez de euforia),

y luego se manifiesta también en las horas en que no ha bebido (abandono de los deberes, celos paranoides, etc.).

La *dependencia* tiene dos aspectos, uno es el aumento de la *tolerancia* (necesita mucha más cantidad de alcohol para lograr los efectos que busca) y el otro el *síndrome de abstinencia*; este último suele limitarse en el alcohol a la desazón con anhelo de beber y al temblor de manos, el malestar general y las pituitas matutinas que se calman con la primera copa de la mañana que reinicia la cadena de bebida de cada día en el alcohólico crónico. Ocasionalmente presentan en las abstinencias bruscas el cuadro clínico llamado *delirium tremens*.

El abuso y dependencia del alcohol suele iniciarse entre los veinte y los cuarenta años. Como en todo abuso y dependencia de sustancias en la evolución influye la personalidad previa. Están más dispuestos a pasar de bebedores a alcohólicos los portadores de trastorno antisocial de personalidad.

Hay dos tipos preferentes de personas predispuestas a hacerse alcohólicos:

a) El tipo sensitivo, con sentimientos de inferioridad e insuficiencia. Son tímidos, con dificultad para la relación interpersonal; están necesitados de afecto y aprecio de los demás, pero no saben obtenerlo. El alcohol les da confianza en sí mismos y, bajo sus efectos, se sienten capaces de vencer su timidez; beben «para atreverse»;

b) Es un tipo opuesto que llega al alcoholismo por caminos distintos. Son individuos campechanos y habladores, sociables, simpáticos y activos. Habitualmente eufóricos, y por tanto con cierta mengua de sus inhibiciones y autocrítica. Comienzan por hacerse bebedores excesivos habituales, convencidos de que «a ellos no les hace daño».

La intoxicación aguda, o embriaguez, tiene tres grados. En la *intoxicación leve* domina la euforia, extraversión, necesidad de contacto afectivo, locuacidad, disminución de las inhibiciones que lleva a cometer indiscreciones y errores. Tiene un cierto parecido a la hipomanía. En la *intoxicación de mediana intensidad*, a la intensificación de los síntomas de la leve, se añade el giro hacia la irritabilidad o depresión, con incontinencia emotiva (risotadas o llantos incontrolados de los borrachos). Aparece disgregación (lenguaje confuso), e incoordinación de movimientos (torpeza y forma de caminar del embriagado), con cierta hipoestesia (disminución de la sensibilidad). En la *intoxicación aguda grave* se puede llegar al coma y a la muerte.

La dipsomanía es una forma singular de relación patológica con el alcohol, distinta a todas las demás. Se trata de individuos de edad media, aparentemente normales e incluso valiosos, que en realidad no son bebedores, no les gusta el alcohol ni beben habitualmente, pero tienen episodios accesionales en los que comienzan a beber y ya no dejan de hacerlo (generalmente sin cambiar de bebida), sin comer ni dormir, ni realizar otra actividad que no sea seguir bebiendo, hasta que al cabo de uno, dos o tres días cae rendido y se echa a dormir en cualquier sitio, con un sueño profundo y reparador del que se despierta con amnesia de todo lo ocurrido durante el episodio dipsómano. Al percatarse de que ha «caído de nuevo», y enterarse de los errores cometidos (porque se los cuentan o los deducen, pues ya dijimos que

no los recuerdan) entra el enfermo en una penosa situación de desconsuelo, arrepentimiento, dolor moral y desesperanza al comprobar que no es capaz de evitar la reaparición de estos episodios que detesta. Su amargura es intensa, pues no tiene ni el embotamiento afectivo ni la anestesia moral de los alcohólicos, y se percata de cómo la enfermedad le destroza la vida familiar y profesional. En la inmediata fase de abstinencia hace todo lo posible por recuperar su perdido prestigio... hasta que un día presenta la típica *disforia* (alteración del estado de ánimo premonitoria, siempre la misma para cada enfermo) que precede en unas horas a la primera copa, tras la que ya no deja de beber y repite casi fotográficamente los episodios anteriores. Es la forma más incomprensible e injusta de vinculación patológica al alcohol.

El *delirium tremens* es un cuadro clínico de abstinencia (aparece al dejar repentinamente de beber, por algún accidente o enfermedad) en alcohólicos crónicos graves, con insuficiencia hepática. Tras un *período prodrómico* de inquietud, angustia, incoordinación y pesadillas, se inicia el *período de estado* con agitación psicomotriz, temblor muy intenso, ansiedad y la aparición de las típicas ilusiones y alucinaciones. Las alucinaciones son escenográficas, coloreadas, muy vivas. Las alucinaciones son *zoopsicas* (ve animales) y *micrópsicas* (sobre el escenario en tamaño normal, ve las alucinaciones de tamaño reducido, animales y personas diminutas, por lo que se la ha llamado «liliputienses»). El contenido alucinatorio se modifica por sugestión; si el enfermo tiene un acompañante que le tranquiliza las alucinaciones adquieren contenido grato (ve «mariposas» o «animalillos muy bonitos y simpáticos») y se entretiene y juguetea con ellas; si por el contrario se le deja solo o se le asusta, el contenido se convierte en terrorífico (sigue «viendo» muchos animales pequeños, las alucinaciones conservan el carácter de zoopsicas y micrópsicas, pero son arañas, ratas, serpientes, etc.) que aumentan su angustia y agitación, el enfermo se sube a la cama, intentando huir, aterrorizado, del contenido de sus alucinaciones. Con los tratamientos actuales ha disminuido notablemente el índice de mortalidad, que daba una siniestra resonancia al *delirium tremens*. El tratamiento eficaz de un alcoholismo crónico requiere hospitalización prolongada para deshabitación, medicación y psicoterapia individual y de grupo. Entre las diversas formas de psicoterapia de grupo, tiene especial relieve la concebida por un ex alcohólico y que se conoce como «Alcohólicos Anónimos».

## **LA INICIACIÓN CON LAS DROGAS**

Hay dos problemas distintos que se combinan en la práctica:

- a) la auténtica toxicomanía (dependencia física con síntomas de abstinencia);
- b) la relación con la droga y el mundo de la droga.

En España, hace algunos lustros no existía problema de drogas entre los jóvenes (excepto con el alcohol). En los años sesenta hubo una epidemia mundial de uso de drogas, especialmente entre jóvenes, que llegó a nosotros con retraso pero muy virulenta.

En el contacto con la droga están implicados una serie de factores socioculturales, en realidad toda una filosofía de la vida que se les ha inculcado por los «apóstoles de la droga» y que en sus posiciones extremas se sintetiza así: el trabajo es una explotación del hombre, sólo tiene justificación cuando apetece y es creativo (en el sentido de autorrealización espiritual, no de creación o adquisición de bienes materiales que dan por supuesto que «tiene» que proporcionárselos «la sociedad»). La generación de sus padres está irremisiblemente corrompida por las falsas premisas de la sociedad de consumo, y es inútil el diálogo con ellos. Lo único que importa es el placer «hoy», y el afecto a los demás libre y generosamente expresado a través de relaciones sexuales promiscuas y desinhibidas. Esta libertad sexual es imprescindible para la «sinceridad», premisa básica de su ética; y la única conducta inteligente es la de la potenciación de las fuentes de placer por cualquier sistema. Uno de los trampolines que permiten saltar a niveles superiores de placer, de conocimiento de sí mismo, y del cosmos y de la autorrealización, es el uso de las drogas.

La consecuencia es que hoy casi todo adolescente tiene que enfrentarse, como un ceremonial de pubertad, con este fenómeno y adoptar una postura ante él, precisamente cuando no está capacitado por falta de experiencia, y no puede saber qué es cierto y qué no entre lo que oye repetido como dogma.

La edad a la que están expuestos a este influjo es la misma en que hace unos años lo estaban al tabaco, en los primeros cursos escolares, hacia los diez años de edad.

La iniciación suele ocurrir con el cannabis (hachís, marihuana, «chocolate», etc.). Sus apóstoles predicán a los jóvenes que: «El alcohol es la droga de los adultos, la nuestra es la hierba. Los médicos hacen terrorismo intelectual afirmando que la hierba es peligrosa; es mucho más inofensiva que el alcohol y,

además, en vez de ponernos violentos da paz, es la droga de la paz, la paz es buena, haz el amor y no la guerra», etc.

No siempre se realiza el proselitismo de la droga bajo este esquema. Por supuesto, el cannabis no tiene los peligros de los opiáceos y la cocaína, y son multitud los adolescentes que tras probarlo por curiosidad, o por presiones del grupo (para ser «aceptados») o por inducción de un habituado (el fenómeno del proselitismo es una constante en todas las drogas), son capaces de abandonar la droga sin más consecuencias. Un grupo, cuyo número va en vertiginoso aumento, queda prendido en el hábito, que no es al principio una «dependencia de la droga», sino básicamente una «dependencia del grupo» y de sus patrones de comportamiento.

Poco a poco la situación cambia, mezclan el cannabis con otras drogas (incluido el alcohol pese a las afirmaciones de rechazo), y con cualquier fármaco o sustancia que sus amigos cuentan que da más vigor a la experiencia (generalmente anfetaminas, barbitúricos, LSD y medicamentos que contienen codeína). Los «viajes alucinatorios» con LSD tienen para ellos especial atractivo inicial (hasta que se hacen monótonos), pues presentan un contenido de vivencias pseudomísticas, de «iluminación interior» que les sirven para sentirse superiores al «rebaño» de los no iniciados, y para atenuar sus sentimientos de culpa y fracaso, pues ya en este período bajan de rendimiento escolar y tienen conflictos con sus padres. Abandonan el estudio y cualquier esfuerzo continuado (como una seria preparación deportiva). El consumo de drogas tienden a realizarlo en grupo, con relaciones sexuales (para muchos las primeras), y las «sesiones» adquieren un lógico magnetismo; al hacerlas frecuentes están poco motivados para renunciar a ellas y volver al esfuerzo de estudiar. Al poco tiempo toda su actividad gira en torno a la adquisición de drogas y experimentación con ellas.

Si logran terminar los estudios preuniversitarios, fracasan en la universidad. Para autojustificarse suelen adoptar una de estas dos posturas ideológicas: o el que en España llamamos «pasotismo» («pasan» de las mezquinas ambiciones comunes) o un ideario ideológico radical (el trabajo una explotación, la sociedad alienante, etc.), pero en estos últimos casos su vinculación es sólo verbal, pues ya son incapaces de prestar una colaboración eficaz a los grupos políticamente activistas en cuanto se les exige algún esfuerzo mantenido. Se limitan a la exhibición de símbolos y frases, y a la participación vociferante en alguna manifestación radical (si ésta no se convoca a una hora incómoda), por lo que los líderes radicales los rechazan, acusándoles de haber «sustituido la acción idiotizante de la televisión por la televisión química».

La propia dinámica del grupo, en el que varios miembros son ya drogadictos graves, los lleva a la emulación con «experiencias más valientes» con heroína o sus equivalentes, y entran rápidamente en una drogadicción.

## **LA DEPENDENCIA FARMACOLÓGICA**

Algunos medicamentos pueden provocar con su uso farmacológico una dependencia, que en los casos graves llega a ser similar a una toxicomanía.

En la habituación o dependencia intervienen dos tipos de factores:

- a) del fármaco;
- b) de la persona.

La clasificación de las sustancias farmacológicas desde el punto de vista de su peligrosidad en cuanto a provocar dependencia tiene tres grupos:

1. Fármacos que por su estructura química producen siempre, en cualquier sujeto si se los administra en cierto tiempo, una dependencia grave, con la necesidad imperiosa de seguirla administrando. Aquí el efecto farmacológico es primordial, y la constitución del individuo secundaria, los afecta a todos. Provocan una tendencia a usar cada vez dosis mayores, y la interrupción brusca va seguida de intensos síntomas de abstinencia físicos o psíquicos. A este grupo pertenecen los opiáceos y sus sustitutos (metadona, etc.). En principio, todo medicamento capaz de sustituir a la morfina, será también productor de toxicomanías.

2. Los menos peligrosos entre los que pueden producir habituación, son los que no provocan síntomas de abstinencia, ni necesidad imperiosa de administración, pero su efecto es considerado deseable y la supresión molesta, por lo que ciertos sujetos pueden adquirir hábito. En estos medicamentos lo primordial es la reacción psíquica, la toxicofilia del sujeto, y es secundario el efecto farmacológico. En este grupo están los «tranquilizantes menores» (valium, etcétera).

3. Un grupo de peligrosidad intermedia. La necesidad imperiosa, la dependencia grave no aparece en todos los sujetos, pero sí en los predispuestos, que caen en una drogodependencia. Aquí juegan un papel importante el psiquismo del sujeto y el efecto farmacológico. En este grupo están los barbitúricos y otros hipnóticos (por lo que es preciso tener gran prudencia con los medicamentos para el insomnio), y las aminas estimulantes. Muchas personas han caído inconscientemente en una dependencia por los medicamentos «para quitar el apetito y adelgazar» que contenían anfetaminas, y que hasta hace poco se despachaban sin receta. También muchos estudiantes que las utilizaban para superar la fatiga en la preparación de los exámenes.

CLASIFICACIÓN DE LAS PERSONAS DE ACUERDO CON SU RIESGO. TOXICOFILIA, CONSTITUCIÓN TOXICOFILICA. Hemos visto que no es la droga el único elemento a considerar en la génesis de las dependencias, sino que éstas surgen de la puesta en contacto del fármaco con una personalidad especial, predispuesta a padecer toxicomanía. A esta predisposición se la denomina toxicofilia y es de dos tipos. Toxicofilia orgánica y toxicofilia psíquica.

La toxicofilia orgánica, vinculada a la constitución somática del sujeto, con una apetencia «física» acusada por determinadas drogas, que se manifiesta en síntomas somáticos de abstinencia desde las primeras tomas ocasionales del fármaco, y es origen de las llamadas «toxicomanías accidentales».

La toxicofilia psíquica es más frecuente. Consiste en una especial estructura del carácter en la que intervienen los siguientes rasgos:

- a) Disforia (estado anormal del ánimo con la vivencia subjetiva de desagradable), con oscilaciones frecuentes del humor;
- b) Intolerancia a los estímulos displacenteros, tanto físicos (dolores, insomnio, fatiga, etc.) como psíquicos (disgustos, preocupaciones, responsabilidades, etc.);
- c) Egocentrismo;
- d) Reacciones «en corto circuito».

Todos estos factores conducen a una «búsqueda del placer en el momento presente sin reflexionar en las consecuencias», y huida del displacer «por cualquier medio». El «toxicofílico psíquico» tiene una personalidad inmadura, neurótica del carácter, y previamente a la aparición de la farmacodependencia ya se apreciaban en él rasgos anómalos de conducta.



## ABUSO DE MEDICAMENTOS. RECHAZO DE MEDICACIONES

Los médicos saben que muchos pacientes no siguen con rigor los tratamientos que les han prescrito. Se calcula que sólo se administra un 50 por 100 de las medicaciones recetadas. En cambio se consume un volumen igual de medicamentos sin estar indicados.

Existen dos tipos de actitud equivocada frente a los medicamentos:

- a) Utilización indiscriminada;
- b) Rechazo *a priori*.

Una parte importante de los medicamentos que se toman fueron recetados a ese enfermo en otro episodio de su dolencia (que pese a una apariencia semejante puede ahora ser distinta), o aconsejados por el dependiente de la farmacia, o por un amigo que «tiene lo mismo que yo y le sienta bien». En las consultas, es frecuente que la familia reproche: «no ha mejorado, pero es que toma las medicinas cuando quiere y como quiere», significan que las abandona en cuanto cree estar mejor, o toma una cantidad excesiva a la menor molestia.

Interviene la toxicofilia psicológica de algunas personas, que a la menor molestia (dolor de cabeza, insomnio, ardor de estómago) exigen alivio inmediato. Crean así un hábito de tomar medicación, y con algunas (en especial analgésicos, hipnóticos o tranquilizantes) pueden provocar una dependencia. Otros lo hacen por una actitud hipocondríaca, están permanentemente alertas a evitar síntomas; en cada comida sacan la cajita con varias píldoras multicolores, «para la digestión, para el estreñimiento, vitaminas, para prevenir la coagulación, etc.», no por suprimir molestias como el anterior grupo, sino por miedo a la enfermedad. Un tercer grupo toma el exceso de medicación por pura irresponsabilidad.

En principio, no existe ninguna medicación totalmente inofensiva, no pueden tomarse ni como una costumbre ni sin asesoramiento técnico.

En los últimos lustros, en especial después de las tragedias con la talidomida y otros fármacos, y de la divulgación de los riesgos farmacológicos, existe una creciente corriente de opinión alarmista contra las medicaciones y sus efectos secundarios. Muchos pacientes acuden a las consultas médicas con la advertencia: «soy enemigo de las medicaciones». En especial en el campo de la psiquiatría es muy frecuente la afirmación: «vengo a que me haga psicoterapia, pero no quiero medicación». Esta postura preconcebida tiene, en los casos extremos e irreductibles, el inconveniente de privar a muchos enfermos del óptimo tratamiento, y quizá de su salud o vida.

## LA AUTOMEDICACIÓN

En todos los hogares hay un cajón lleno de medicamentos. Algunos los recetó el médico, y para la adquisición de otros se preguntó al farmacéutico o a un amigo que decía padecer algo similar. Muchos son inofensivos, otros no, y la combinación de dos medicamentos, ambos inocuos, puede resultar nociva.

No se puede acudir a una consulta cada vez que se sufre un dolor de cabeza, ardor de estómago, una noche de insomnio, lumbago o un catarro. Tampoco correr riesgos innecesarios.

«Todos los medicamentos que tengo en casa son inofensivos.» No es tan seguro. De vez en cuando publican los medios de difusión una lista de medicamentos suprimidos por las autoridades sanitarias. Los acaban de prohibir, porque su uso entraña demasiados riesgos incluso bajo supervisión médica; y fueron utilizados masivamente durante años en forma de automedicación. Entre ellos están antirreumáticos y antiinflamatorios que poco antes se vendían sin receta médica y eran de uso general; hoy se sabe que provocan graves lesiones hepáticas. Igualmente con algunos compuestos para cortar el resfriado común que rodaban dentro de un cajón en casi todos los hogares y se eliminaron del mercado, pues pueden desencadenar hemorragias gástricas peligrosas. Igualmente se han prohibido algunos medicamentos antidepresivos, precisamente los que producen menos efectos secundarios perceptibles por el enfermo.

Se argumentará, con motivo, que todos estos fármacos los seguían recetando los médicos, un número importante de médicos, hasta poco antes de su supresión. ¿Cómo es posible? Los efectos negativos de algunos fármacos son insidiosos, aparecen en pocas personas y tardan en detectarse; en ocasiones ha sido muy difícil adivinar la relación de causa-efecto. Quienes antes se enteran son los médicos.

Pese a tales reflexiones negativas, no puede descartarse la automedicación hecha con sensatez, por razones de orden práctico. Un paciente con molestias recidivantes que sabe que le desaparecen con un tratamiento, puede volver a utilizarlo mientras llega la ocasión de consultar.

Muchos pacientes psiquiátricos llevan vida normal gracias a la automedicación. El médico se la propone: «en cuanto note usted estos síntomas comience a tomar...». Existen enfermedades, como la depresión, en las que, una vez bien establecida la pauta terapéutica que le conviene, el paciente bien instruido por su médico la adapta a las continuas variaciones de intensidad de su dolencia. Es más sorprendente que algunos esquizofrénicos también sean capaces de este autocontrol: «Doctor, noté otra vez las voces, por si eran alucinaciones tomé la medicina y se me han quitado.»

Nada tiene que ver esta «automedicación sensata», siempre orientada periódicamente por el médico, con la irreflexiva toma de medicaciones. La familia del paciente suele lamentarse en la consulta tras una agravación: «Es que toma las medicinas a su modo, cuando quiere y como quiere.»

Aun los enfoques «sensatos» no están exentos de riesgo, por lo que sólo hay que automedicarse cuando no es posible consultar y por breves períodos. Síntomas parecidos, que el paciente interpreta como un nuevo episodio «de lo mismo», son manifestación de una forma distinta de la enfermedad, en la que el tratamiento anterior está contraindicado. También ocurre que dos tratamientos útiles en la misma enfermedad (que el paciente puede haber usado con éxito en ocasiones anteriores), combinados son tóxicos; así, por ejemplo, con los antidepresivos inhibidores de la monoaminoxidasa y la mayoría de los restantes antidepresivos.

En resumen, la automedicación debe realizarse con medida, transitoriamente y con supervisión periódica.

## TRASTORNOS DEL SUEÑO

**SONAMBULISMO.** Significa deambular dormido. Es frecuente en niños sin ninguna anomalía. La persistencia en la edad adulta tiene generalmente un significado de rasgo disociativo, tal como ocurre en la neurosis de conversión.

Presentan algunos adultos unos episodios que suelen confundirse con el sonambulismo. Consisten en un cierto automatismo, si los despierta por la noche el teléfono o la necesidad de ir al baño; lo resuelven semiinconscientes y no lo recuerdan con claridad al día siguiente.

El episodio típico de sonambulismo (hay varios tipos) pasa por una fase inicial en la que se levanta con los ojos abiertos, estupuroso y realiza algunos actos automáticos simples. En la fase siguiente es capaz de contestar preguntas, aunque no siempre de forma coherente, y realizar actos más complejos, con una finalidad, como sacar algo de un armario y esconderlo en otro sitio. Generalmente tienen amnesia total del episodio de sonambulismo.

Los estudios electroencefalográficos recientes demuestran que los episodios de sonambulismo no ocurren, como parece lógico, durante la actividad cerebral REM, en que se sueña, sino en los períodos de NREM en los dos niveles más profundos (III y IV).

**PESADILLAS.** Las pesadillas forman una experiencia desagradable que carece de significado patológico si no son muy intensas y repetitivas.

Durante el sueño, aparecen contenidos oníricos terroríficos o amargos, de persecución, calamidades, tortura o muerte propia o de seres queridos que quizá no ha padecido en la vida real. El sujeto puede moverse o gritar dormido, en una tempestad vegetativa de sudor y palpitaciones.

Personas que han sido víctimas de una violación, secuestro, terremoto o alguna otra vivencia muy traumática, tienden a revivirlas en sueños, con el mismo contenido o su expresión simbólica, con elevada carga de ansiedad.

Las pesadillas son frecuentes en la infancia y con la edad decrece su presentación. Ante la aparición reiterada de pesadillas de contenido variable, debe investigarse la existencia de daño cerebral, del tipo que precede al *delirium tremens* de los alcohólicos. En cambio, las pesadillas con el mismo tema que se repiten con frecuencia o tras largos intervalos, indican un conflicto intrapsíquico no resuelto. Pueden llegar a ser tan intensas y frecuentes que el sujeto crea un insomnio psicógeno por miedo a quedar dormido y sufrir las pesadillas. La mayoría se alivian con hipnóticos suaves o tranquilizantes, pero a otras personas estas medicaciones les aumentan la propensión a sufrir pesadillas.

**TERRORES NOCTURNOS.** Los terrores nocturnos aparecen en muchos niños completamente normales y son más raros en la edad adulta. En su forma más característica, el sujeto da un grito de terror, se sienta en la cama con los ojos abiertos, realiza movimientos tempestuosos de defensa mientras continúa quejándose, pidiendo auxilio o gritando. Permanece así unos minutos, sin responder a la ayuda que se le presta, cede el pánico y vuelve a quedar dormido. Al despertar no recuerda nada, ni el contenido de su terror ni el auxilio que se le intentó prestar.

Por su aparatosidad los padres del niño se alarman en las primeras ocasiones, y consultan. No hay motivo de preocupación, es un proceso benigno que en general desaparece con la edad. En adultos, la administración de dosis suaves de antidepresivos o neurolépticos puede provocar la aparición de terrores nocturnos, que en cambio desaparecen con el uso de tranquilizantes al acostarse.

**HIPERSOMNIO.** La necesidad de horas de sueño en ciertas personas supera en dos o tres a las siete u ocho habituales. Sólo se considera anomalía si existe alteración en la calidad del sueño, o persiste somnolencia durante las horas de vigilia. La somnolencia en esas horas de vigilia puede ser un mecanismo neurótico de rechazo, se «refugian» en permanecer más horas dormidos para no encarar sus problemas. Hay formas de somnolencia accesional, como la picnolepsia con «ataques de sueño» en los que el enfermo se queda de repente dormido durante unos minutos sin poderlo evitar, en medio de cualquier actividad, como conducir una moto, con los consiguientes accidentes.

**INSOMNIO.** Los adultos duermen entre seis y nueve horas al día, los niños precisan más horas de sueño y los ancianos duermen menos. El insomnio es una disminución llamativa de la duración del sueño.

Muchas enfermedades físicas y mentales se acompañan de insomnio del que hay diversos tipos: ligereza del sueño, tardar en dormirse o despertar temprano, etc. El significado clínico es distinto, y también la repercusión en el sujeto según éste acepte su insomnio o lo convierta en un problema que lo obsesiona. Algunas personas temen sus períodos de insomnio porque despiertos en la cama tienden al pesimismo y a la ansiedad; más que a no dormir temen los estados de ansiedad concomitantes.

Para la valoración subjetiva del insomnio tiene importancia que tras un sueño breve se sientan descansadas y alertas, o por el contrario con sopor y embotamiento que atribuyen a no haber dormido.

El tipo de vida influye en el insomnio, que es mucho más frecuente en el hombre de ciudad con trabajo sedentario que en el campesino. La tensión emocional por altercados, disgustos o preocupaciones es causa común de insomnio transitorio. Si la tensión emocional se prolonga (ruina, enfermedad de un ser querido, pérdida de empleo, etc.) el insomnio puede cronificarse independizándose de la crisis emocional que lo origina, y persiste cuando ésta ya ha cesado.

Los trastornos psíquicos o emocionales con un nivel de tensión o ansiedad similar al de las circunstancias que hemos mencionado provocan el mismo tipo de insomnio, por ejemplo, en las neurosis de ansiedad, en las depresiones, en ciertas formas clínicas de esquizofrenia, en síndromes postraumáticos cerebrales,

etc. La mayoría de los insomnios se acompañan de ansiedad, nerviosismo, colorido depresivo del ánimo, apatía y astenia (cansancio). Una excepción es el insomnio de los maníacos, que despiertan de madrugada optimistas y desbordantes de vitalidad. El insomnio debido a trastornos respiratorios de vías altas e hipoventilación alveolar se acompaña de somnolencia durante el día. Un tipo de insomnio pertinaz y de difícil tratamiento es el provocado tras la administración prolongada de hipnóticos a los que el sujeto se habitúa y sin los que ya no puede dormir, y precisa dosis cada vez mayores. Hay hipnóticos de acción rápida y breve indicados en los insomnios con retardo en quedar dormido, y los de acción lenta son más apropiados en los insomnios de despertar temprano. Con ambos deben extremarse las precauciones para no caer en una habituación. Los tranquilizantes tienen menos riesgo de producir dependencia, y en las formas de insomnio debidas a un alto nivel de ansiedad pueden resultar eficaces. En ningún caso se deben administrar hipnóticos a insomnes que toman excesiva cantidad de café, té, o cualquier otro estimulante.

## **TRASTORNOS PSICOSEXUALES**

Se clasifican en «desórdenes sexuales» (inadecuada elección de objeto), «disfunciones sexuales» (déficit del deseo sexual o del orgasmo) y «trastornos de la identidad sexual» (rechazo de los caracteres anatómicos propios, masculinos o femeninos).

### **DESORDENES SEXUALES O PARAFILIAS**

**ZOOFILIA.** Desviación de la fuente de atracción sexual, en la que la excitación se obtiene de forma preferente o exclusiva con animales, que pueden ser utilizados para el coito o entrenados para que tengan una participación activa.

**FETICHISMO.** Sólo consigue la excitación sexual a través del estímulo de un objeto (fetichismo). Los objetos fetichistas más frecuentes son ropa interior o zapatos, botas o adornos de mujer (el fetichismo, como la mayoría de las parafilias, se observan casi exclusivamente en hombres). En la mayoría de los casos se recoge el antecedente de relación con ese objeto femenino (perteneciente a la madre u otra mujer del hogar) en las primeras excitaciones sexuales de la infancia. El papel del fetiche se refuerza después al utilizarlo, en la realidad o en la fantasía, en la masturbación. Puede ser en la vida adulta el único copartícipe en la actividad sexual, o utilizarlo en presencia de la pareja, pues sin el fetiche no tiene erección. Provoca sentimientos de humillación y culpa, y decepción o resentimiento en la pareja.

**TRAVESTISMO.** En el travestismo hay una satisfacción sexual específica por vestirse con ropas del sexo opuesto (es mucho más frecuente en hombres). Si se le priva de esta apetencia, el travestido se siente desgraciado. Al inicio, el varón suele ser heterosexual y realiza el revestimiento con alguna prenda femenina ocasionalmente y en privado. El curso suele ser progresivo, viste ya preferentemente, se mueve, habla y se porta como el otro sexo y las relaciones tienden a ser homosexuales. Se inicia en la infancia. Algunos travestidos evolucionan hacia el transexualismo.

**PEDOFILIA.** Tendencia a realizar actos o fantasías sexuales exclusivamente con niños, o al menos de modo preferente. Hay dos tipos de comportamiento: los inclinados a niños y los que orientan su pedofilia hacia niñas. Los segundos son dos veces más frecuentes, prefieren niñas de corta edad, suelen limitarse a

mirarlas, desvestirlas o tocarlas. Casi siempre son hombres casados y conocen a la niña y a su familia. Los del otro grupo (preferencia por niños) son homosexuales o solterones, eligen niños algo mayores. La pedofilia suele iniciarse en la edad media y sigue en la vejez.

**VOYERISMO.** El voyerista obtiene la excitación y el placer sexual observando clandestinamente a personas que se desvisten, están desnudas o a parejas en actos sexuales. Suele masturbarse durante sus espionajes y utiliza este recuerdo como estímulo para otras masturbaciones. No hace intentos de relación con las personas observadas. Presenciar desnudos o actos sexuales es un estímulo excitante para personas normales, hombres y mujeres, y el estímulo visual precede y acompaña a la relación sexual. En cambio, el *voyeur* extremo sólo obtiene excitación por este procedimiento. No se consideran enfermos, por lo que no acuden a las consultas y sólo se conocen cuando son detenidos (una décima parte son mujeres; el dato es poco orientativo, pues puede haber notables diferencias psicológicas con los voyeristas que consiguen pasar inadvertidos). El *voyeur* suele ser una persona tímida, hijo único o el menor de la familia.

**EXHIBICIONISMO.** Al igual que el voyer, el exhibicionista no intenta mantener contacto directo con la persona elegida, se limita a exhibir repentinamente sus genitales a un extraño y frecuentemente se masturba en ese acto. La sorpresa o sobresalto del espectador parece jugar un papel importante en su excitación. Algunos individuos repiten esta misma conducta, pero sin erección ni masturbación. El trastorno se manifiesta externamente a partir de los veinte años. La tendencia al exhibicionismo decrece después de los cuarenta años.

**SADISMO SEXUAL.** El individuo consigue placer sexual humillando o provocando sufrimiento físico a la pareja, que puede ser partícipe obligado o voluntario. Los casos graves tienden a una progresiva intensificación del sufrimiento provocado, y llega a estar en peligro la integridad física e incluso la vida de la pareja. El trastorno comienza en la infancia con fantasías sádicas. Puede seguir toda la vida en el plano de la fantasía acompañando imaginariamente relaciones normales en apariencia o evolucionar a su materialización. Es de muy difícil tratamiento.

**MASOQUISMO SEXUAL.** En este caso, la excitación sexual proviene del propio daño físico o humillación, que el sujeto solicita o acepta de su pareja, o casos graves, en los que ha sufrido mutilaciones, tienden a repetirse. Igual que en el sadismo sexual puede suponer la muerte.

## **DISFUNCIONES SEXUALES**

En ellas no hay desviación del objeto sexual, sino una inhibición del deseo, de la capacidad de excitación, de la erección, del orgasmo o de la satisfacción final.



DESEO SEXUAL INHIBIDO. Es difícil valorar si una persona tiene un nivel «normal» de deseos sexuales, pues hay grandes variaciones. Sólo se considera patológico si esta limitación es fuente de sufrimiento o malestar para la persona o su pareja.

EXCITACIÓN SEXUAL INHIBIDA. IMPOTENCIA. FRIGIDEZ. Fracaso en la obtención de la respuesta fisiológica normal durante el acto sexual. En los hombres falta el reflejo de erección y en las mujeres no se produce o no se mantiene la lubricación y tumefacción genital.

ORGASMO FEMENINO INHIBIDO. Tras una fase de excitación normal no se logra el orgasmo, o sólo se produce tras una excitación clitorídea manual, no coital.

ORGASMO MASCULINO INHIBIDO. Puede haber o no excitación y erección, pero no se produce el orgasmo o se retrasa de un modo indeseado por el sujeto.

EYACULACION PRECOZ. La eyaculación se produce antes del momento razonablemente deseado por el afectado.

DISPAREUNIA FUNCIONAL. El coito se acompaña de sensaciones dolorosas, que sustituyen o anulan las placenteras.

VAGINISMO FUNCIONAL. Una contractura de la musculatura del tercio inferior de la vagina impide o perturba sistemáticamente el coito.

## **TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL**

TRANSEXUALISMO. El transexual es una persona que repudia su sexo anatómico y «oficial» y ha decidido cambiarlo. Es un hombre que se siente una mujer injustamente envuelta en un cuerpo de hombre y desea eliminar sus órganos genitales para convertirse en mujer; o es una mujer que desea adquirir genitales masculinos y vivir como hombre.

Solicitan cambiar su aspecto de identidad sexual mediante intervenciones quirúrgicas o administración de hormonas. Le repugnan sus propios órganos sexuales, prefiere vestir y portarse como el otro sexo. Pueden tener relación preferente heterosexual, de acuerdo con su sexo originario, pero es más frecuente la elección homosexual aunque ellos no se consideran homosexuales, pues afirman y sienten que su sexo es el opuesto. Las tendencias transexuales comienzan en la infancia, pero se manifiestan externamente en la adolescencia o juventud. Hay más hombres que mujeres en proporción de cinco a uno.

## LA EXPLORACIÓN CLÍNICA

La evaluación del estado del psiquismo se *realiza* indirectamente, a través de las apreciaciones subjetivas del interesado y de las observaciones, mediciones y tests. En los antiguos tratados de exploración psiquiátrica lo resumían así: «al enfermo mental se le diagnostica por lo que dice y por lo que hace». Hoy al análisis de la conducta espontánea se añade el del comportamiento ante una serie de pruebas estandarizadas o tests.

La *historia clínica*, o relato del origen y evolución de la enfermedad, se configura con los datos aportados por el paciente y por sus acompañantes. Una buena historia clínica es difícil en cualquier rama de la medicina; para comprender las dificultades añadidas en psiquiatría basta recordar que el propio paciente puede intentar engañar al médico por ser un simulador, porque ha sido forzado a ir a la consulta, porque sus ideas delirantes le impulsan a proporcionar datos erróneos o a mentir, etc., y los datos suministrados por otras personas pueden estar también deformados por incapacidad de ser objetivos o por falseamiento deliberado. Una vez realizada la historia clínica, en sus tres apartados de antecedentes familiares, biografía del paciente o antecedentes personales, y descripción del comienzo y evolución de la enfermedad, se pasa a la exploración del estado actual.

Las anotaciones de la exploración se inician con datos sobre las circunstancias en que se realiza (si se hace en el hospital con el paciente en cama, si en consulta ambulatoria, si viene solo o acompañado, etcétera). Sigue la descripción del modo de presentarse, aspecto, atuendo, modales, etc., hábito y constitución, conducta durante la prueba (colaboración, reticencia, hostilidad), y la actitud hacia su propia enfermedad (conciencia de enfermedad, exageración, indiferencia, etc.).

Lenguaje, abordabilidad, coherencia, capacidad de verbalizar, voluntad de hacerlo, locuacidad o laconismo, musitaciones, verborrea, disgregación, incoherencia, amaneramiento, neologismos —palabras inventadas por el paciente—, pararrespuestas —contestaciones sin relación con la pregunta—. Alteraciones del curso del pensamiento y de la ideación (taquipsiquia —rapidez y facilidad inusuales—, bradipsiquia —lentitud—, perseveración —tendencia a reiterar sobre un tema—, fuga de ideas —pasa de una idea a otra saltándose en su exposición los enlaces intermedios dando la sensación de una incoherencia que no existe). La capacidad de juicio y raciocinio se evalúa en el diálogo o con preguntas deliberadamente intercaladas.

Pensamiento patológico (ideas delirantes —convicciones sobrevenidas patológicamente e irreductibles por la argumentación lógica—, interpretaciones

delirantes, fantasías y fabulaciones, delirios —conjunto organizado de ideas delirantes).

Alteraciones de la psicomotricidad, de la mímica y de la motórica (gestos y movimientos de expresión, faciales y corporales), inquietud psicomotora, inhibición de la psicomotricidad, bloqueo, alteraciones cualitativas de la psicomotricidad (inadecuación al estado de ánimo, estereotipias, tics, disociación entre motilidad voluntaria y automática, catatonía, catalepsia).

Lucidez y trastornos de la conciencia. Lucidez (grados de claridad de la conciencia, somnolencia, sopor). Trastornos de la conciencia: obnubilación o anublamiento (percepción confusa del mundo externo y de sí mismo), onirismo (estado parecido al sueño en que se mezclan percepciones reales con las producciones fantásticas, pero aún las diferencia), estado confusional (no es capaz de distinguir entre lo real y la fantasía patológica), estados crepusculares (estrechamiento del campo de la conciencia con automatismos).

Trastornos de la orientación y de la vivencia del tiempo. Ordenación cronológica, desorientación en el tiempo, desorientación en el espacio.

Trastornos de la orientación autopsíquica (la orientación del yo): trastornos de la identificación del yo, personalidad alternante. Trastornos del gobierno del yo, desgobierno de la actividad psíquica. Despersonalización o vivencia de la disolución del yo, extrañeza del yo, extrañeza del mundo. Alteraciones del esquema corporal. Miembro fantasma, pérdida de elementos, desplazamiento, alteraciones de las fronteras corporales.

Afectividad, sentimientos e impulsos. Distimias (alteraciones del estado de ánimo), depresión, angustia, beatitud, éxtasis, alteraciones de la sintonización y de la irradiación afectiva. Incontinencia emotiva.

Memoria y atención. Amnesias de evocación (recuerdos remotos) y de fijación (incapacidad de fijar nuevos recuerdos). Amnesia lacunar (de un período de tiempo limitado, «laguna»). Paramnesia (recuerdos falseados). La exploración de la memoria y de la atención se completa con unos tests bastante sencillos.

Trastornos de la sensorpercepción. Ilusiones —percepciones deformadas—. Alucinaciones —percepciones sin objeto, que pueden afectar a cualquiera de los sentidos: visuales, acústicas, táctiles, etc.

Trastornos de la vida instintiva y voluntaria: alteraciones del instinto de conservación, automutilaciones e intentos de suicidio. Alteraciones del instinto del hambre. Alteraciones del instinto sexual.

Alteraciones de la vida voluntaria. Abulia, negativismo, estupor, automatismo al mandato, actos impulsivos.

## **LA INTELIGENCIA QUE NO MIDEN LOS TESTS**

Es una observación común que muchas de las personas que han levantado una gran fortuna desde la nada no eran precisamente los primeros de la clase en el colegio. Algunos jefes de bandas, guerrilleros, actores, músicos, modistas, líderes sindicales, etc., tampoco brillaron en su escolaridad.

Si se les realizan los tests de cociente intelectual (IQ), el resultado en ocasiones es alto, pero en otras, mediocre o bajo. Sin embargo, han destacado sobre otras personas por su capacidad excepcional en ciertos terrenos. No es la suya una inteligencia «académica» que permite gran rendimiento en los estudios, pero no cabe duda de que forman parte de una selección de superdotados y disfrutaban de «otro tipo de inteligencia», que hasta hoy no medían los tests.

Los tests se han utilizado masivamente para seleccionar candidatos a puestos de empresa, y también por los ejércitos en las dos guerras mundiales. Las empresas emplean todavía los tests para elegir candidatos, y los ejércitos para decidir rápidamente entre la enorme masa de reclutas cuáles están más capacitados para aprovechar el adiestramiento y convertirse en suboficiales u oficiales, y así no perder el tiempo entrenando a soldados menos capacitados intelectualmente que otros. Pero si en un grupo de jóvenes no buscamos un empleado o un sargento, sino un socio para hacer una fortuna, no nos valen los tests convencionales, no miden tal capacidad. Hasta hace poco no se ha intentado una valoración técnica de estas y otras variantes de aptitudes superiores.

R. Sternberg desarrolló hace poco en la Universidad de Yale un nuevo concepto de la medida de la inteligencia por tests que tengan en cuenta tales aptitudes para el triunfo no académico, como, por ejemplo (si queremos mencionar algo extravagante), la capacidad de comunicación de los mimos profesionales y la de sobrevivir de los timadores hábiles. En otra universidad, la de Harvard, Howard Gardner ha trabajado en la detección de los doce tipos de «inteligencia práctica» que no suelen valorarse en colegios y universidades, entre ellos los de manipulación de personas, esencial para los líderes, y la aptitud creativa clave en los escritores y artistas.

La importancia de estos conceptos, que no son nuevos, pero que al fin reciben una vía de aplicación real, no sólo está en el diagnóstico precoz de talentos escondidos, sino también en la reorientación de los pedagogos para que estimulen en las aulas estas aptitudes tan útiles.

## **TRANSFERENCIA, CONTRATRANSFERENCIA, *RAPPORT***

En la mente y conducta humanas intervienen dos grupos de factores: conscientes e inconscientes. Los primeros son aquellos de los que el propio individuo se percata si reflexiona sobre ellos. Los segundos los desconoce el sujeto, no están en el campo de la conciencia, no es capaz de identificarlos, pero lo influyen y en ocasiones con más fuerza que los factores conscientes. A la zona de la mente donde permanecen y desde donde actúan se la llama *inconsciente*.

En el acto de la consulta médica operan ambos grupos de factores, conscientes e inconscientes, y tanto sobre el médico como sobre el enfermo.

Los elementos conscientes los imagina perfectamente el lector, pues derivan de la situación real en que se verifica la consulta y de la lógica (miedo a que no lo atiendan bien, a que se equivoque el médico, a que le diagnostiquen algo grave, etc.). En cambio, los elementos inconscientes, y a veces totalmente irracionales, que experimenta el enfermo derivan de la identificación inconsciente que hace del médico con personajes significativos o situaciones claves de su propia infancia (los padres y hermanos del paciente, las primeras figuras protectoras o autoritarias, las primeras nociones sociales, etc.), y sin darse cuenta el paciente actúa hacia su médico tal como lo hizo en la infancia con esos personajes y situaciones (confianza ciega en su «omnipotencia», cariño, hostilidad, desconfianza, miedo, aversión, masoquismo, sadismo, etc.). En resumen, transfiere a la situación médico-enfermo la dinámica psicológica de sus primeros conflictos infantiles, que han marcado de forma perdurable su modo de reacción inconsciente a situaciones tipo. La reacción es frecuentemente inadecuada o absurda, pues no corresponde a la situación actual, aparente, sino a otras del pretérito que el propio interesado no recuerda. Por este «transferir» de cargas afectivas se denomina al fenómeno transferencia. La transferencia depende en gran medida de la actitud, aspecto físico, modo de vestir, gestos, tono de voz, etc., del médico.

El médico no es inmune a la dinámica del inconsciente, y se llama contratransferencia al grupo de fenómenos de proyección sobre el enfermo de su propia estructura inconsciente, creándole sentimientos de simpatía, hostilidad, aversión, necesidad de recibir afecto o admiración, etc., injustificados, inadecuados y que entorpecen la buena relación profesional, pues adopta actitudes coherentes con la situación primitiva inconsciente con la que asocia la actual, consciente, de la consulta. En la educación profesional de los médicos, especialmente de los psicoterapeutas, se incluye el entrenamiento para controlar el fenómeno de la contratransferencia.

La palabra *rapport* significa relación armoniosa, y se acepta el uso de este extranjerismo porque se usa internacionalmente con el mismo significado,

refiriéndose en medicina a la relación cordial, afectuosa, de confianza, aprecio y respeto mutuo que debe unir al médico con su enfermo.

## EL INGRESO HOSPITALARIO. LA HOSPITALIZACIÓN FORZADA

La mayoría de los tratamientos psiquiátricos actuales pueden realizarse en régimen ambulatorio.

Uno de los momentos más amargos para el enfermo psíquico y para su familia es el de la hospitalización, que en algunos casos sigue resultando indispensable. La mayoría de los establecimientos psiquiátricos, especialmente los públicos, representan el lugar donde uno preferiría no permanecer de ninguna manera. Por tanto, no se debe recurrir más que cuando está absolutamente justificado.

Existen dos posibilidades de ingreso en un hospital psiquiátrico:

A) El paciente se ha convencido de la conveniencia del ingreso, o ha cedido a las presiones del médico y de su familia; es el *ingreso voluntario*.

B) El enfermo no se considera enfermo, rechaza la hospitalización, y como consecuencia hay que recurrir al engaño o a la fuerza, pues se considera que tiene graves riesgos que justifican doblegar su voluntad; estamos ante un «ingreso forzoso» o «ingreso forzado».

«El ingreso forzoso» añade a los problemas humanos responsabilidades de tipo legal. Es lógico que los legisladores pongan trabas a una privación tan seria de la libertad; también deben tener cuidado en no entorpecer la curación de enfermos graves. La actual norma española ofrece dos posibilidades:

A) Ingreso directo, de urgencia, en un sanatorio, pues por la gravedad no hay tiempo para otros trámites. En ese caso el establecimiento tiene la obligación de informar por escrito e inmediatamente al juzgado, explicando las circunstancias del ingreso, diagnóstico provisional, pronóstico, tiempo calculado de hospitalización. El juzgado suele enviar un psiquiatra forense a entrevistar al paciente y estudiar la necesidad del internamiento.

B) Se puede preparar previamente el ingreso, llevando al juez un certificado médico en que conste la precisión de hospitalización y la petición por escrito de los parientes responsables (de modo preferente de quien tenga la patria potestad); el juzgado da la orden de ingreso. Transcurrido cierto tiempo enviará la inspección del forense.

La decisión es terrible para la familia del enfermo: «ya nunca va a confiar en mí, si ve que ahora le engaño y le encierro», «cómo le voy a dejar entre locos, se va a poner peor, mi hijo no está como ésos», etcétera. Los parientes están asustados por las consecuencias de los síntomas de la enfermedad (suicidio, agresiones,

destrozos, etc.), y por otra parte sienten recelos contra el hospital. La primera vez que un médico les aconseja hospitalizar al enfermo suelen rechazar la idea. En ocasiones este retraso es fatal. En realidad sólo debe aconsejarse una hospitalización forzosa cuando rechazarla «puede ser fatal» para el destino del paciente o de otras personas.



## **TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA**

Las teorías en que se basan estas técnicas de tratamiento conciben ciertas formas de neurosis, o al menos sus síntomas, como «conductas aprendidas», y basan el tratamiento en aprender una modificación de estos patrones de comportamiento. En lugar del intento de averiguar la causa escondida de la enfermedad, como hacen las técnicas psicoanalíticas, las formas de tratamiento conductista se dirigen directamente a eliminar ciertos síntomas. Entre las técnicas conductistas más difundidas están:

**DESENSIBILIZACION SISTEMÁTICA.** Se utiliza en pacientes con ansiedad, especialmente fóbicos y algunos obsesivo-compulsivos, y consiste en neutralizar el efecto del estímulo que provocan las crisis de angustia, presentándosele gradualmente y en circunstancias de relajación o acompañado de estímulos positivos. Por ejemplo, si tiene una fobia a las arañas, se le relaja en la consulta y entonces se le dice sólo la palabra «araña»; como no se puede estar simultáneamente relajado y con angustia, si se le relaja adecuadamente baja su ansiedad ante el estímulo leve; cuando ha dominado la ansiedad se pasa al escalón siguiente, por ejemplo, enseñarle una foto de una araña; y en una etapa final será capaz de soportar, en el consultorio y en relajación, una araña viva en su mano. Lo que aprende en la consulta puede luego repetirlo en su ambiente cotidiano.

**INUNDACIÓN.** Es una técnica opuesta a la anterior. En lugar de minimizar el estímulo se le induce a soportarlo en saturación; por ejemplo, a un paciente con fobia a las aglomeraciones se le anima a permanecer en un estadio abarrotado; al principio en compañía del terapeuta, en otra ocasión con éste separado unos asientos, luego solo. Con la exposición reiterada disminuye la intensidad de la respuesta y llega a normalizarla.

**REFORZAMIENTO POSITIVO Y EXTINCIÓN, AVERSIÓN.** Son aplicaciones del condicionamiento instrumental u operante. En realidad es la técnica ancestral de la doma de animales y de dominio de la conducta de las personas. Un tipo de comportamiento, si recibe sistemáticamente un castigo (estímulo aversivo) o ninguna respuesta (extinción), tiende a disminuir su presentación en las mismas circunstancias ambientales. Si, por el contrario, recibe una recompensa (refuerzo positivo, que puede consistir en comida, pago, alabanza, supresión de un dolor, etc.), este tipo de respuesta o de conducta tiende a aumentar su frecuencia. Se utiliza en muchos trastornos neuróticos o de hábitos indeseados (alcoholismo,

onicofagia —comerse las uñas—, desviaciones indeseadas del instinto sexual, etc.).

IMITACIÓN. Se utiliza en trastornos de conducta e inhibiciones del tipo de la timidez. Se hace al paciente observar a un modelo que supera una situación de las que a él le inhiben y la recompensa que recibe el modelo (en halago, etc.), luego se le anima a imitar exactamente lo que ha hecho el modelo. Con la reiteración y perfeccionamiento de las imitaciones llega a superar su problema.

**UNIDADES DE DÍA,  
HOSPITAL DE DÍA,  
HOSPITAL DE NOCHE,  
HOSPITAL DE FIN DE SEMANA**

La hospitalización permanente e indefinida es un recurso extremo y por principio indeseable para cualquier tipo de enfermo. Sin embargo, es la situación en que se encuentran muchos pacientes mentales crónicos. Por distintos motivos, humanitarios y de tipo práctico, se intenta que las hospitalizaciones sean lo más breves posibles y sustituirlas por *hospitalizaciones parciales*.

El concepto de *hospitalización parcial* acepta que un paciente mental, incluso grave, precisa la ayuda técnica y asistencial del hospital, «pero no todo el tiempo». Conviene que mantenga un contacto diario con su familia y ambiente social y laboral para que no se le quiebren los reflejos condicionados y los mecanismos de adaptación social.

En los últimos decenios han ocurrido, entre otros, dos cambios importantes, en los hogares y en la eficacia de los tratamientos psiquiátricos.

En los hogares, antes trabajaba tradicionalmente parte de la familia y el resto, ancianos, mujeres y niños, seguían en la casa y podían atender al enfermo mental o al inválido. Hoy la mayoría de los hogares permanecen vacíos durante la jornada laboral; padre y madre trabajan, los niños desde muy corta edad están en el colegio y los ancianos no viven con la familia nuclear. Nadie podría atender al paciente durante esas horas.

Por otra parte, con los nuevos tratamientos psicofarmacológicos (los neurolépticos se difundieron en los años cincuenta), una gran mayoría de los enfermos psíquicos agudos graves mejora de modo tajante en los primeros días, atenúa sus trastornos de conducta y, bien atendidos, pueden seguir el tratamiento en el hogar.

La *hospitalización parcial* pretende conjugar los beneficios asistenciales y terapéuticos del hospital (medicación, psicoterapia, apoyo, etc.) con las ventajas para la libertad y bienestar del paciente que supone seguir, al menos en parte, en su ambiente natural.

En relación con las necesidades de la familia y del enfermo se establecieron tres tipos de servicios: hospital de día, hospital de noche y hospital de fin de semana.

Para la hospitalización parcial son necesarias las dos condiciones antes mencionadas: mejoría con la medicación para que no sea ya peligrosa o muy perturbadora su presencia fuera del hospital y que esté «bien atendido» en su ambiente extrahospitalario. Es indispensable contar con la colaboración de la familia del enfermo y que ésta no sea patógena (con una influencia negativa en la

enfermedad, como ocurre con cierto porcentaje de la parentela de los enfermos psíquicos).

El *hospital de día* acoge al enfermo durante la jornada laboral de la familia. Desayuna en su casa, le dejan en el hospital camino del trabajo de alguno de los parientes y lo recogen al fin de la jornada para seguir durante unas horas la vida de familia y al dormir en casa no tener la sensación de estar «encerrado en un hospital». Se beneficia de todas las ventajas terapéuticas que disfrutan los hospitalizados, sin parte de las desventajas. Recibe control y estudio médico, tratamiento medicamentoso adecuado y vigilancia clínica y analítica (de intolerancias y efectos secundarios), psicoterapia individual y de grupo, terapia de ocupación, ludoterapia, etc.

El hospital de día puede establecerse dentro de un hospital convencional o en un establecimiento independiente que sólo funciona durante esas horas.

El *hospital de noche* trata de cumplir las mismas funciones para enfermos que por haber mejorado más intensamente pueden asistir a su trabajo, y para no perderlo acuden al hospital a cenar y pasan allí la noche (por ejemplo, en casos con familia de influencia desfavorable, que no debe soportar el enfermo hasta estabilizar la mejoría).

El *hospital de fin de semana* se reserva a los pacientes que trabajan y por la noche están bien atendidos por su familia, pero ésta se ausenta los fines de semana o por otro motivo no atiende al enfermo en esos días.

De las tres modalidades, la única que ha tenido difusión importante es la de hospital de día. No debe consistir en un mero club, o lugar de entretenimiento, o donde esté apartado para no estorbar (como ocurre en algunas instituciones), sino en una variante eficaz de tratamiento, con medios y personal especializados en este tipo de función.

## **RELAJACIÓN**

La angustia, síntoma de fondo en muchas neurosis, provoca de modo reflejo tensión muscular e incluso contracturas; impide la relajación. El antagonismo entre ansiedad y relajación se intenta usar de modo inverso para fines terapéuticos: logrando una profunda relajación muscular disminuye también de forma refleja la tensión psíquica y la ansiedad.

La persona angustiada, en especial el neurótico con ansiedad subcrónica, tiene dificultad para relajarse; algunos son incapaces, necesitan aprender, y un adiestramiento progresivo en la situación terapéutica para luego ellos por sí solos, en los momentos en que los acucia la ansiedad, lograr relajarse y así tener un alivio de su sintomatología.

Hasta este siglo las técnicas de relajación estaban mucho más desarrolladas en las culturas orientales que en la occidental. Métodos tradicionales, como el yoga, logran muy buen nivel de relajación y pueden ayudar a neuróticos con ansiedad; tienen el inconveniente de mezclar con las maniobras útiles elementos religiosos, ceremoniales, folklóricos, etc., que en realidad estorban o hacen perder el tiempo. Schultz, en la primera mitad de este siglo, desarrolló su método del *entrenamiento autógeno*, que pretende despojar a las técnicas orientales de esos elementos innecesarios, potenciarlas al máximo y encauzarlas con rigor científico. En los grados profundos de relajación y entrenamiento autógeno, o con otras técnicas de relajación, se logra control de funciones vegetativas normalmente inasequibles a la voluntad, como la vasodilatación periférica, frecuencia de latidos cardíacos, tensión arterial, etc.

En su aplicación más intensa tiene relación con las técnicas hipnóticas. El uso actual se centra en las terapias de conducta, en la técnica del parto sin dolor, en la desensitización sistemática, etc. Puede combinarse inicialmente con fármacos relajantes para luego operar aislada. Es una útil herramienta terapéutica.

## HIPNOSIS. SOFROLOGIA

La palabra hipnosis viene del griego *hypnos*, sueño. La hipnosis no es un sueño inducido, se trata de un fenómeno más complejo de intensa concentración. Una diferencia esencial es que en el sueño la atención focal es casi nula; en cambio, está muy potenciada en el estado hipnótico; tanto en el sueño como en la hipnosis disminuye la vigilancia periférica. Es fundamental esta disociación entre vigilancia focal y vigilancia periférica. Durante la hipnosis opera muy intensamente el fenómeno de la transferencia con el terapeuta; por tanto, ocurren dos clases de hechos simultáneos: por una parte, el estado de disociación de la concentración o trance y, por otra, la estrecha dependencia, de sumisión irracional, que el paciente tiene del hipnotizador.

Desde tiempo inmemorial se conocen descripciones de fenómenos hipnóticos, pero su empleo sistemático con fines curativos arranca de fines del siglo XVIII con Mesmer, quien les dio el nombre de *magnetismo animal*. Tras una fase de descrédito, fue utilizada a fines del XIX por médicos tan importantes como Charcot y Janet. El fracaso de Freud como hipnotizador le hizo buscar otro sistema de lograr los mismos efectos terapéuticos; así nació el psicoanálisis, y simultáneamente se demostró que todo lo que en clínica se puede obtener por medio de hipnosis se logra también por otras vías; la ventaja de la hipnosis en ciertos casos es su rapidez de acción.

El empleo de la hipnosis por curanderos y en exhibiciones circenses desacreditó de nuevo el método, que reinicia un camino científico desde los años treinta de este siglo, de la mano de Erikson. En España un grupo de médicos que utilizan esta técnica acuñó la palabra *sufrología* para deslindar la aplicación estrictamente médica de la hipnosis de sus otros usos.

La capacidad para ser hipnotizado depende de la habilidad que tiene esa persona para elevar la concentración y la de abandonarse para que pueda ser manejada por el terapeuta. Lo que realiza el hipnotizador es provocar las circunstancias más favorables para que el paciente se induzca este estado de disociación-concentración; suele utilizar ciertas maniobras o ceremoniales, como fijación de los ojos, levitación del brazo o inducción del sueño. En clínica se usa como prueba rápida y fiable de quien es capaz de ser hipnotizador el test de la rotación de los ojos. Al dirigir la mirada hacia arriba y simultáneamente bajar el párpado superior queda visible un fragmento de la esclerótica debajo del borde inferior de la córnea. La amplitud de esta zona predice con bastante nitidez la hipnotizabilidad del sujeto.

El llamado *trance hipnótico* tiene tres fases, que se superponen. La primera o de *percepción del aura* es la anticipación expectante del sujeto ante la figura del

hipnotizador y los pasos iniciales de transferencia. La segunda presenta las variantes psicofisiológicas inducidas en el momento en que el paciente realiza las maniobras que se le indican. En la tercera fase o de *inmersión* el paciente abandona su autocontrol y se entrega a una obediencia ciega en estado disociado.

El trance completo tiene distintos grados de profundidad, y en los más hondos se logran obediencia posthipnótica, anestesias, alucinaciones sensoriales con sus respuestas vegetativas correspondientes (por ejemplo, ante la sugerencia de que hace calor, el paciente suda), amnesia selectiva o hiperamnesia (recuerda hechos que tiene olvidados, por ejemplo, la lista completa de sus compañeros de colegio).

En psiquiatría la hipnosis se utiliza para abreviar las psicoterapias, lograr una transferencia más intensa y rápida, aumentar el control del paciente sobre ciertos síntomas, lograr un cambio de actitud y descubrir conflictos psicológicos reprimidos.

En otras ramas de la medicina (odontología, obstetricia, cirugía, etc.) la hipnosis se utiliza también como un eficaz medio para anestesiarse al paciente.

En la actualidad, y pese al interés que sigue suscitando el tema, no están totalmente aclaradas las relaciones entre la hipnosis inconsciente y la acupuntura o el parto sin dolor.

## PSICOCIRUGIA

La psicocirugía, intervenciones quirúrgicas en el cerebro para modificar estados psíquicos, ha disminuido sus indicaciones desde el advenimiento de los psicofármacos (en los años cincuenta), pero tuvo gran predicamento desde su iniciación por los portugueses Egas Moniz (que recibió el Premio Nobel) y Almeida Lima en 1936.

En aquellos años, sin ningún tratamiento eficaz (el electrochoque se descubrió casi simultáneamente y no resolvía todos los casos), los enfermos mentales crónicamente agitados constituían en sus raptos de furia y violencia un gravísimo problema.

Observaciones clínicas en traumatizados craneales accidentales y las que se hicieron experimentalmente en monos mostraron que las lesiones de los lóbulos frontales disminuían drásticamente las conductas violentas sin afectar a la inteligencia. Las primeras intervenciones de psicocirugía, denominadas *lobectomías* o *leucotomías*, producían cortes en la sustancia blanca de los lóbulos frontales, y se utilizaron preferentemente en esquizofrénicos con agitación incoercible y en otros enfermos violentos.

Aunque se comprobó que, en efecto, no había una disminución de la inteligencia, los enfermos mostraron modificaciones no deseadas de la personalidad: indiferencia, desconsideración, desinhibición, etcétera.

A la vez se llegó a la conclusión de que el efecto principal no era la desaparición de los síntomas, que en realidad continuaban (por ejemplo, un paranoico con delirio de celos seguía creyendo en la realidad de sus sospechas), sino en la menor resonancia sentimental y en el menor sufrimiento (al paciente le «importaban menos» sus ideas).

Se investigó en dos direcciones:

A) Nuevas intervenciones quirúrgicas menos traumatizantes, que con el mismo efecto terapéutico no tuviesen las consecuencias indeseables mencionadas.

B) Nuevas indicaciones distintas de la agitación, en esencia formas de sufrimiento crónico incurable, que pudiesen aliviarse con «la indiferencia del enfermo a sus síntomas».

Con el desarrollo de las nuevas técnicas quirúrgicas sofisticadas: lesiones mínimas subcorticales, *topectomías*, cirugía estereotáctica, *cingulectomías* anteriores, intervención en puntos aislados del sistema límbico, etc., aparecieron



en los mismos años los tratamientos farmacológicos que hicieron innecesarias las intervenciones quirúrgicas en las esquizofrenias con agitación y en las fases maníacas cronicadas.

Dejaron, por tanto, de realizarse cuando se habían perfeccionado, pues un tratamiento farmacológico de resultados desafortunados puede interrumpirse y el paciente vuelve a su situación anterior, pero la lesión quirúrgica es irreversible.

Hoy día la psicocirugía no constituye un tratamiento específico indicado para determinada enfermedad; se usa como tratamiento sintomático para disminuir el sufrimiento o el peligro en tres tipos de pacientes:

- A) En esquizofrenias paranoides irreductibles por los psicofármacos y con alto nivel de riesgo o ansiedad. En esquizofrénicos con delirios somáticos de tipo hipocondríaco, crónicos y muy intensa ansiedad.
- B) En algunas depresiones cronicadas en los ancianos, con máximo nivel de angustia.
- C) En casos de neurosis obsesivo-compulsiva, con síntomas tan intensos y persistentes que les impiden hacer vida normal y les invalidan laboralmente. En estos obsesivos el alivio del sufrimiento es tan claro que aunque persistan los síntomas obsesivo-compulsivos están descargados de ansiedad, y el paciente puede reanudar una vida que ya no es un tormento permanente y sin esperanza. Es la principal indicación actual de la psicocirugía.

## **EL ELECTROCHOQUE. NUEVA IMAGEN DEL TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO MAS CONTROVERTIDO**

El profano no suele discutir los tratamientos médicos, al menos no lo hace con apasionamiento. El electrochoque es una excepción. La «información» que llega al público procede de películas o libros, en donde se utiliza el electrochoque de un modo brutal o injustificado; a los autores les conviene dramatizar y a ser posible que el electrochoque sea administrado como una forma de castigo o de tortura. A la literatura se unen los rumores de países en que «el electrochoque se usa para aniquilar mentalmente a los disidentes políticos». Los pacientes curados por este tratamiento casi siempre prefieren no mencionar que estuvieron sometidos a él, tampoco lo hacen sus parientes y amigos; en cambio, los allegados a un caso de evolución desgraciada tratado con electro la comentan, y atribuyen al tratamiento lo que en muchos casos es debido a la marcha inexorable de la enfermedad. Por tanto, la terapia electroconvulsivante está impregnada de una leyenda negra que ha creado pánico colectivo.

Nadie está exento de su influencia, ni siquiera los médicos. Algunos psiquiatras, en general de formación psicoanalítica, afirman enfáticamente: «yo jamás he admitido ni toleraré poner un electrochoque»; y otros, que consideran que para un enfermo determinado sería el tratamiento más eficaz y con menos inconvenientes, no se atreven a prescribirlo para no cargar con la hostilidad ni el descrédito frente a ciertos círculos. Sacrifican el bien del paciente por un prejuicio propio, o por no atreverse a afrontar la confusión de ideas existente; prefieren proponer otro tratamiento antes que embarcarse en explicaciones prolongadas en defensa de una causa impopular. Pero la obligación del médico no es complacer, su misión es curar.

Una reciente encuesta (1987) realizada en 160 centros de prestigio científico en Europa y Estados Unidos, muestra que la absoluta mayoría opina que «... la electroconvulsoterapia ocupa un lugar terapéutico importante en psicosis agudas y en depresiones mayores, y ejecutado adecuadamente puede utilizarse con seguridad en pacientes de cualquier edad».

Por la inercia de la burocracia sanitaria, en muchos países se implantan con retraso normas legales que restringen la aplicación del electro, ahora que en los medios científicos resurge el interés en este tratamiento. Otro de los obstáculos estriba en que, por el desuso en los últimos años, hay pocos equipos preparados para su óptima utilización.

¿En qué consiste el electrochoque? En esencia, en una crisis convulsiva tónico-clónica generalizada que se provoca mediante el paso de una corriente eléctrica entre dos electrodos colocados uno a cada lado del cráneo en la zona

frontotemporal. Para que sea eficaz, debe durar la crisis un mínimo de treinta segundos.

El tratamiento realizado de esta forma (que fue la utilizada desde 1934, en que Cerletti lo aplicó por primera vez, hasta 1952) tiene serios inconvenientes: pánico del paciente, lesiones oseomusculares por la intensidad de las convulsiones, aspiración pulmonar, etcétera. Desde 1952 se establecieron modificaciones tendentes a:

- 1) Evitar las contracciones musculares y las convulsiones por medio de curarizantes de acción rápida (succinilcolina) que las impiden.
- 2) Anestesia muy breve para que todo el proceso ocurra sin sufrimiento por parte del paciente (desde 1965 se emplea como anestésico el methoexital).
- 3) Respiración controlada con oxígeno para eliminar el riesgo de hipooxia.

Con las modificaciones actuales del tratamiento los accidentes letales han disminuido del 0,1 por 100 anterior a un 0,03 por 100, y también ha bajado mucho la morbilidad. De las complicaciones del electro que persisten la más frecuente e importante es la pérdida de memoria.

¿Cuál es el mecanismo de acción? Pese a cincuenta años de uso no se sabe con exactitud; parece deberse a los cambios bioquímicos producidos en el cerebro durante la crisis.

Empleo actual de la terapia electroconvulsivante: se limita a los casos resistentes a otros tratamientos y a urgencias en psicosis agudas con graves riesgos por agitación o deseos de suicidio o actitudes destructivas severas; y episodios maníacos o de depresión mayor que no responden a los psicofármacos o que no los toleran.

Normas y precauciones que se deben exigir: permiso previo del paciente o (en ciertos casos) de la familia. Preparación y estudio previo cardiovascular, pulmonar, analítico, etc. Siempre realizado bajo relajación y anestesia, con la presencia de un anestesista especializado en este tratamiento entre los miembros del equipo que lo aplica, y con el material de anestesia, relajación y reanimación.

## **TERAPIA OCUPACIONAL**

Hasta el advenimiento de la convulsoterapia y de los psicofármacos todo hospital psiquiátrico era un caótico micromundo de conductas extravagantes y desorganizadas. Ya en esta etapa algunos directores de manicomio, inteligentes, generosos y con iniciativa, descubrieron que el trabajo era un elemento terapéutico importante.

Si en uno de estos terribles centros de confinamiento de enfermos, con el edificio en amenaza de ruina por olvido de la Administración que no enviaba fondos para restaurarlo, se ponía a trabajar a los enfermos mentales crónicos y graves en tareas de albañiles, pintores, carpinteros, etc., además de cambiar el aspecto del edificio, la conducta de los enfermos mejoraba notablemente. Fue el descubrimiento del trabajo como medicación.

Simón decidió estudiar el fenómeno sistemáticamente, y observó que si colocaba a un esquizofrénico autista con deterioro en una cadena de transporte de ladrillos para la construcción de un muro, el paciente se relacionaba mejor, estaba más tranquilo, etc.; en conjunto mejoraba; pero si se le empleaba en llevar ladrillos de un montón a otro para luego llevarlos al primero, aunque el esfuerzo muscular fuese idéntico, el enfermo empeoraba y dejaba la tarea. Dedujo que un elemento esencial del trabajo es la conciencia de su utilidad, eso es lo que eleva la autoestima y la socialización del paciente. El trabajo es en esencia una actividad remunerada; debe proporcionar recompensa (una mejor cosecha, dinero, etc.), y este esquema sigue activo en la mente del enfermo psicótico. Si el trabajo en el hospital iba acompañado de un cierto «pago» (el dinero estaba prohibido dentro del hospital) en forma de bocadillo, ropa, etc., el avance en la resocialización del paciente era mayor.

Sobre estas pautas elementales se ha desarrollado la terapia de ocupación y también sobre la conciencia del hospitalismo (el deterioro específico que produce en un enfermo mental el hecho de su reclusión prolongada e inactividad). Se comenzó a tener conciencia del fenómeno de «las otras veintitrés horas»: en un hospital el paciente puede recibir atención médica —entrevistas, exploraciones clínicas, medicación, etc.— durante una hora al día, pero permanece prácticamente abandonado a sí mismo y a la relación con los otros enfermos durante las restantes veintitrés horas. La terapia de ocupación trata de llenar positivamente parte de esas horas para el aprovechamiento del valor específico del trabajo y la ocupación, como resocializadores, y para el logro de recuperación de funciones y autoestima.

Las modalidades de terapéutica de ocupación son muy variadas: desde talleres de trabajo industrial hasta manualidades, meloterapia (la música como

ayuda terapéutica), danza, pintura, deportes, etc. No conviene que el trabajo o la ocupación sean monótonos ni repetitivos, deben estar específicamente orientados a la terapia.

## ¿CUANTO DEBE DURAR UN TRATAMIENTO?

En las psicoterapias no existe problema en valorar el momento adecuado para interrumpir el tratamiento, pues el contacto entre el paciente y el médico es constante, y éste advertirá al primero.

En los tratamientos medicamentosos en régimen ambulatorio la situación es distinta. El paciente suele dejar de acudir a las consultas al mejorar y cesar la alarma inicial, y en una etapa posterior abandona el tratamiento o lo disminuye por su cuenta a dosis ineficaces.

Muchas recaídas se deben a esta supresión precoz del tratamiento. También es frecuente y perjudicial que se prolonguen los tratamientos sin necesidad. Las instrucciones del facultativo pueden haber sido vagas: «tome usted esto una temporada». El paciente no debe aceptar esta imprecisión; tiene que conocer siempre con claridad el momento adecuado para interrumpir la medicación y los signos o síntomas de alarma que indican la precisión de reanudarla.

No existen normas generales: por tanto, cada paciente debe guiarse por su terapeuta, pues en un caso determinado existirán contraindicaciones que aconsejen interrumpir un tratamiento que en otros casos similares debería continuarse.

Hay tres tipos de tratamientos psiquiátricos episódicos, de sostenimiento y preventivos.

Los tratamientos episódicos buscan la curación o el alivio del síndrome actual, agudo o crónico. Algunas enfermedades cursan en *fases*, o sea períodos de aparición de síntomas con otros intervalos en los que se encuentra libre de manifestaciones patológicas aparentes. En estas enfermedades (por ejemplo, las depresiones) es suficiente el tratamiento episódico, que se puede abandonar al desaparecer los síntomas, ya que no está comprobado que se obtenga beneficio por prolongarlo durante las remisiones. Si al cesar el tratamiento recae el paciente, debe reanudarlo hasta la nueva remisión. En estos casos la fase no había concluido, los síntomas estaban sólo «tapados» por la medicación y hay que volver a probar a suprimirla al mejorar de nuevo, hasta que persista la remisión sin medicamentos.

En cambio, en otras enfermedades, como la esquizofrenia, se considera que la aparición de sintomatología intensa no representa una fase, sino la emergencia episódica («brote esquizofrénico») de un «proceso» subyacente. En estos casos el proceso continúa aunque desaparezcan los síntomas por efecto de la medicación en el episodio agudo, y debe mantenerse el tratamiento en «dosis de sostenimiento» de forma muy prolongada para evitar recaídas. Por desgracia, los tratamientos actuales suelen producir efectos secundarios molestos, por lo que el paciente, que se encuentra bien, tiende a abandonarlos. De momento le

desaparecen las molestias de los síntomas secundarios y tarda en recaer, por lo que transitoriamente se encuentra mejor y se dice a sí mismo y afirma a su familia: « ¿Os convencéis de que no tenía que seguir con ese tratamiento que me sentaba mal?» La frecuencia de recaídas es mucho mayor sin el tratamiento prolongado en dosis de sostenimiento, y en cada nuevo «brote» es más difícil lograr la remisión, por lo que es muy importante evitarlos.

Los tratamientos preventivos evitan la aparición de nuevas fases; se administran precisamente cuando el paciente se encuentra bien. Un ejemplo es el de las sales de litio en la psicosis maniacodepresiva. Si deja de tomarlo no recae en ese momento, sino cuando le corresponda la nueva fase. Como con los medios actuales no se puede predecir tal momento, la única defensa contra la enfermedad es la administración permanente del tratamiento preventivo. «¿Y si no voy a recaer nunca, y estoy tomando un tratamiento molesto sin necesidad?» Es posible, y debe evaluar esta contingencia con su médico, ya que no existe necesariamente una agravación en cada nuevo episodio, como ocurre en la esquizofrenia.