REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE SALAMANCA

"En los límites de la razón: Psicopatología de la sociedad actual"

Discurso pronunciado por el

Ilmo.Sr.Dr.D. Manuel Ángel Franco Martín

En el acto de su recepción como Académico de Número de la Real Academia de Medicina de Salamanca

Salamanca, 29 de Noviembre de 2013

En los límites de la razón: Psicopatología de la sociedad actual.

"De hecho, lo mejor que tenemos procede de la locura si está inspirada por la divinidad…"(Plato, *Fedro* 244a)

La historia de la locura o pérdida de la razón se inicia con la aparición del hombre, y la preocupación por este problema se remonta también a prácticamente el inicio de la condición humana (**Wakefield**, 2007). Y por supuesto la definición de la locura es el primer problema al que se enfrenta la psiquiatría desde sus comienzos (Varga, 2011). La falta de un consenso sobre el tema ha llevado a que su explicación haya ido evolucionando a lo largo del tiempo. Al comienzo, las personas con experiencias y comportamientos anormales fueron consideradas diferentes, atribuyéndose su origen a una influencia divina (Long, 2006). De este modo, el alucinado llego a ser considerado una persona cercana a Dios y con poderes especiales y diferenciados del resto de personas, que los podría haber adquirido por su virtuosismo, como en su momento se atribuyó a personas como Sócrates. Por tanto, la sinrazón era considerada, cuando era suficientemente bien gestionada, una capacidad adicional que acercaba a las personas a los dioses, convirtiéndoles en algunas ocasiones en semidioses. La alucinación era la capacidad divina de ver u oír algo que el resto de personas no tenían capacidad de oír, y con ello dotaba a la persona de una clarividencia que el resto no eran capaces de alcanzar.

Sin embargo, la aparición del pensamiento científico griego, y su deseo de encontrar explicaciones a las cosas más allá de Dios, comienza a modificar esta visión de la sinrazón. Se inicia un periodo en el que la perdida de la razón va a ser atribuida a una afectación somática o de los humores. Más tarde, el oscurantismo de la edad media llevo nuevamente a asociar la sinrazón con poderes mágicos y capacidades diferentes, pero con una diferencia a los tiempos iniciales. Si en los primeros tiempos los locos eran considerados como personas con capacidades diferentes y malignas les que les podrían acercar a los dioses, en la edad Media serían personas con capacidades especiales que emanaban del demonio. Muchas personas con enfermedad mental en esta época fueron calificadas de endemoniadas, brujas o seguidores de satán y pagaron con su vida. Esta visión de la sinrazón, de percibir y experimentar de forma diferente se asociaba a una posesión demoniaca. Salirse de la norma no podía ser bueno. Tanta fue la persecución que estas personas sufrieron, que personas piadosas, como el Padre Jofré, se plantearon crear la primera institución que las recogiera y protegiera de su vulnerabilidad social debido a su razonamiento alterado. Incluso, se

consideró a estas nuevas instituciones deberían ser centros que protegiesen a la sociedad de personas tan transgresoras del orden establecido, con lo que se les ubicó alejados de las grandes ciudades. Fue el inicio de las instituciones psiquiátricas, y concretamente en España, este inicio se produce en Valencia en 1409. De alguna manera, fue un primer paso también para hacer desaparecer a los sin razón de las calles y a que progresivamente fueran vistos como el resultado de un vicio o de un problema educativo. También, en cierta manera, fue el inicio de lo que actualmente denominamos el estigma hacia las personas con enfermedad mental, y que desde entonces ha arrastrado a las personas sin razón, atribuyéndoles calificativos como de peligrosidad, agresividad, inseguridad, etc… e incluso atribuir a los hechos que más nos escandalizan la calificación de irracionales, sin razón o de locura.

Pero sin duda, lo que ha definido mejor la sinrazón desde el inicio ha sido su vínculo a la razón, y eso la hace algo genuinamente humano, que ha acompañado al hombre desde el comienzo de su historia. El hombre se define como animal racional que utiliza la razón para la adquisición del conocimiento. Pero la puede utilizar bien, razonablemente, o puede hacer un mal uso de la razón, con la sinrazón. Frente a ello están el resto de animales que ajenos a la razón, necesitan de los sentidos para su relación con el mundo, y desarrollan acciones y comportamientos reflejos con nula o baja capacidad de reflexión y razonamiento. Por eso, no se encuentran más animales locos ni esquizofrénicos que los humanos, es decir, nosotros. Hay muchas enfermedades que pueden ser compartidas por los animales y los hombres, pero eso no ocurre con la locura, la sinrazón, que es genuina y específicamente humana. Es decir, la locura o sin razón, solo existe porque existe la razón, y por ello solo el hombre, las personas, pueden padecerlo. Solo los hombres pueden estar locos, y solo los animales razonables pueden perder la razón. Es decir, la locura o sin razón se constituye en algo esencial a la propia existencia humana y de ahí su miedo. Es el miedo a lo que uno no conoce de sí mismo, pero es tan esencial a la condición humana a la propia existencia personal, que resulta difícil que uno pueda identificar su sin razón.

Por eso, no debe extrañar que tal y como se apuntaba arriba, ya los griegos e incluso antes comenzaran a analizar y reflexionar sobre la sinrazón o utilización alterada de la razón, y a tratar de buscar explicaciones a la misma. Y en toda la historia de la humanidad ha habido gran preocupación por explicar la sinrazón, por explicar sus causas y por evitar su presencia. El temor a perder el juicio se hizo patente desde el primer momento y a quien la perdía se le daba una condición especial, que finalmente, como hasta hace bien pocos días, se le quería apartar del resto de los hombres.

Ese miedo llevo a la necesidad de identificar al que pierde la razón como a un loco, una persona que podría ser peligroso para sí mismo o para la sociedad. Sus ideas, sus vivencias, sus proyectos resultaban tan transgresoras, tan profundamente contrarias al orden social que incluso ponía en riesgo éste. Habría que acabar con ellos, con hogueras, con el aislamiento (cárceles o psiquiátricos), con la fealdad y desprecio, daba igual, pero había que acabar con ellos. En el fondo, era un huir de la propia existencia, de los propios temores de la propia persona, era el reflejo a los miedos a uno mismo.

La Historia nos permite observar este fenómeno. Algo tan humano como la sinrazón trató primero de justificarse con una afectación divina, primero en positivo en el periodo griego, y luego con lo demoniaco y lo peor de nosotros mismos, en el Medievo. Esto reflejó también, los dos polos de la sin razón: el carácter revolucionario y libertario de poder escapar de la dictadura y verdad única de la razón; frente al carácter transgresor y amenazante al orden de la razón. La libertad de la sinrazón fue interpretada como una capacidad propia de los dioses, pero luego la transgresión de la sinrazón se valoró como una consecuencia de los efectos del demonio. Angeles o demonios. Ese fue el dilema hasta que en el siglo XVIII en pleno auge del racionalismo, que sostenía que la fuente de conocimiento era la razón y se rechazaba la idea de los sentidos como origen del conocimiento, ya que nos pueden engañar. Se nace con conocimientos, solo hay que "acordarse" de ellos. Es el momento, finales del siglo XVIII cuando se plantea la sinrazón como enfermedad, y por supuesto con la necesidad de un tratamiento.

Se inicia entonces el tratamiento de la sinrazón o razón alterada, principalmente a través de la figura de Philippe Pinel. Ya no es cosa de Dioses ni de Demonios, es una enfermedad, quizá del cerebro, quizá del espíritu, que requerirá tratamiento. Se inicia por ello la necesidad de poder comprender el origen de la sin razón para poder tratarla.

En esos primeros momentos, de finales del siglo XVIII, se comienzan a aplicar los primeros tratamientos de la sinrazón, que no por casualidad recibieron el nombre de “tratamiento moral”, entendiendo la razón alterada o locura como una evolución patológica de la razón que requeriría de una reeducación para volver a la normalidad. El hombre tiene siempre una razón, y la puede tener bien educada y desarrollada expresándose como persona razonable. O puede tener una evolución perversa y alterada que lleva al hombre a la locura, que en modo alguno es una falta de juicios razonables sino de una aplicación y funcionamiento alterado de la razón. Ya en este momento surgen las primeras dudas sobre cuál es un funcionamiento normalizado de la razón y cual no. Pero, ¿Quién lo marca? ¿El buen criterio de los hombres razonables? ¿La frecuencia alta de un modo de proceder o relacionarse con el mundo? Y yendo

más allá. ¿Cuál es el origen de los delirios, las alucinaciones, etc… como verdaderas expresiones o síntomas de la sin razón? Y sobre todo ¿cómo diferenciar a las personas con razón de las sin razón?

Frontera esta difícil de establecer. Donde está el límite de la razón. ¿Hasta dónde una idea es razonable? ¿Dónde se inicia el mundo de la sin razón? ¿Cuándo una idea o pensamiento o incluso comportamiento se puede considerar loco? ¿Cuáles son los límites entre la razón y la locura? O más fácil de entender ¿Dónde está el límite entre la persona cuerda y la persona loca? ¿Cómo y cuándo los clasificamos?

Se inicia ahí una carrera por establecer y conocer esos límites. Es la carrera por encontrar la frontera entre la razón y la sinrazón.

Son muchos los que la han buscado en el funcionamiento anómalo del cerebro la explicación o definición de la locura o trastorno mental, y así actores secundarios como la dopamina, la serotonina, o el glutamato por decir algunos, han ido justificando la sinrazón cuando existía un desequilibrio de los mismos. En esta línea se ha llegado a plantear un enfoque psicofarmacológico de la definición de trastorno mental, consistente en que se trata de una condición que los psicofármacos tienen la capacidad de aliviar o mejorar (Kramer, 1993).También se han buscado zonas del cerebro más activas frente a otras menos funcionantes a través de los estudios de neurofisiología cerebral (EEG, potenciales evocados, etc…); diferentes tamaños en las áreas cerebrales; etc… Es decir, se han buscado muchas causas biológicas de la sinrazón. Incluso, se ha buscado razones genéticas que predecirían un comportamiento anómalo de la razón o al menos incrementaría la vulnerabilidad de la persona a caer en la sinrazón. Pero hasta ahora a poco o nada se ha llegado. Tenemos datos, incluso con frecuencia, con los que se nos anuncia el hallazgo de la causa de la locura, pero hasta ahora nada hay definitivo, ni tampoco el modo de curarla.

También se han buscado límites en el terreno de lo psíquico. Se han planteado razones espirituales; razones ligadas a un estilo educativo, a un contexto social; o incluso a un modo diferencial de relacionarse. Pero tampoco se ha tenido éxito y se suceden las teorías en busca de poder encontrar la solución.

Ha habido incluso una tercera vía para la búsqueda de los límites de la razón al tratar de integrar los elementos biológicos con los psicológicos y establecer lo que se ha dado en denominar endofenotipos, pero aún seguimos sin encontrar el límite. El límite entre la persona razonable y la persona loca. Tanto que en los inicios de la publicación del DSM-V (Manual Diagnostico Estadístico de Enfermedades Mentales) todavía se plantea el concepto de enfermedad mental como un constructo confuso, difícil de definir, en el que se hace difícil diferenciar entre normalidad y psicopatología

(Spitzer & Endicott, 1978). De echo, el DSM-IV hace la siguiente descripción de la locura (American Psychiatric Association, 2000): *"…although this manual provides a classification of mental disorders, it must be admitted that no definition adequately specifies precise boundaries for the concept of ´mental disorder´"*[1]. Este aspecto, como se podrá comprender, desde el primer momento, es relevante no solo para establecer si un trastorno puede ser considerado o no como enfermedad mental y ser parte de la nosología establecida, sino para establecer si los criterios que se estableen para cada patología mental son los más adecuados para establecer el límite correcto entre la normalidad y enfermedad (Stein et al., 2010). Específicamente, al final se define el trastorno mental como *un síndrome o patrón psicológico o conductual clínicamente significativo que sucede en una persona, y que está asociado con una situación de disconfor o malestar (por ejemplo, sintomatología álgica) o discapacidad (por ejemplo, deterioro de una o más áreas relevantes para el funcionamiento) o con un riesgo incrementado de padecer dolor, discapacidad, muerte o una importante pérdida de libertad. Y además, no debe ser una conducta propia de una cultura o sociedad ante un particular contexto o suceso, como por ejemplo la muerte de un ser querido (American Psychiatric Association, 2000)*. Son varios los puntos de debate y discusión entre diferentes autores respecto a esta definición, centrándose la mayoría de ellos en la especificación de los conceptos que se han subrayado de la definición, puesto que resulta difícil definir qué es exactamente clínicamente significativo, o el debate que surge si el problema sucede en varias personas y no solo en una, o el grado de malestar o discapacidad que se considera valorable; etc…(First & Wakefield, 2010; Stein et al., 2010).

En cualquier caso, los diferentes trastornos se van definiendo mediante el estableciendo de una serie de criterios, obtenidos por consenso, que permiten fácilmente diferenciar los extremos de la locura, pero en la práctica clínica son muchos los debates que se establecen para garantizar que todos se cumplen. De hecho, no es infrecuente que en las revisiones de historias clínicas de departamentos de psiquiatría el diagnóstico de "categoría diagnóstica no especificada" es bastante frecuente (Wakefield, 2007). ¿Y qué pasa con los que no cumplen todos los criterios? ¿Cuáles serían entonces los criterios de normalidad? Existen incluso corrientes de la psiquiatría abiertamente críticos hacia un catálogo diagnóstico como CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) y/o DSM-V que no hacen otra cosa que etiquetar comportamientos y aplicar criterios diagnósticos sin tener en cuenta las personas. Y sobre todo, sin considerar que muchos los llamados síntomas de la locura tienen una significación contextual. Incluso también a la definición de enfermedades que durante una época fueron consideradas como tales, pero que luego tuvieron que ser eliminadas de las nosologías diagnósticas siendo consideradas como normalidad. Es el

[1] "aunque este manual proporciona una clasificación de los trastornos mentales, se debe aceptar que no hay una buena definición que especifique todas las características propias del concepto de trastorno mental.

caso de la homosexualidad, que dependiendo del momento en que fuera valorada pudo haber sido diagnosticada y tratada como enfermedad, o como es en el momento actual, se considera como una característica de las personas dentro del rango de normalidad (Varga, 2011). Nuevamente, se evidencia la dificultad de establecer el límite entre la locura y la cordura.

¿Qué hacer entonces? La oportunidad de adentrarme en este tema me permite tratar de avanzar desde la experiencia de un clínico en la aceptación que la razón y la sinrazón se tocan, y que el cajón de sastre en que muchas veces se ha convertido la sinrazón, no es otra que la justificación de muchas de nuestras limitaciones. ¿Existe la locura? Probablemente sí, pero ni todo el mundo está siempre cuerdo ni siempre loco. Es una cuestión de proporción. Y permítame el lector tomarme la licencia en este momento de hacer esta hipótesis, que si bien no aspira a ser experimental, surge de la experiencia que los más de 20 años de actividad clínica surgen una y otra vez. Aparece cuando al ver la televisión se identifica psicopatología que se presenta como normal, de las dudas que en no pocas ocasiones surgen entre quien es el loco, el asignado o quien le acompaña (un familiar o un cuidador), de dudar al mirar a mi alrededor de la normalidad de muchos con los que tengo que relacionarme cada día. Cuantas veces alrededor de una taza de café algún colaborador y yo hemos dudado de si el loco es el verdadero loco, cuando analizamos la realidad que nos rodea. Son muchas las dudas que surgen, que incluso hacen dudar de nuestro propio quehacer. Tratamos algo que en muchas ocasiones apenas es diferenciable de lo que se denomina normalidad. Miro a los periódicos y no pocos personajes públicos cumplen con diagnósticos del DSM-V, miro al trabajo y también encuentro colegas que cumplen criterios, pero entonces por qué unos van a mi consulta y otros no. Y lo que es peor, a veces el criterio más fiable de locura es ir al psiquiatra. En este sentido, algunos escépticos como Szasz han ido más lejos, llegando a plantear que la psiquiatría, en lugar de ser una rama con pleno derecho de la medicina, es un modo encubierto para ejercitar el poder social (Szasz, 1970). Siguiendo este razonamiento, el poder social utiliza la medicalización de los problemas de la vida cotidiana que según Szasz no son problemas médicos en sentido estricto (Szasz, 1970). A favor de estos planteamientos, estaría la constatación real de la existencia de no pocos supuestos locos (cumpliendo criterios del DSM), algunos incluso con éxito social, que no han sido filiados como tales por no existir psiquiatras (en siglos precedentes, como mostraremos en un ejemplo) o por no haber ido nunca al mismo. Lo peor de esta propuesta es que podríamos llegar a una situación tan absurda como considerar que la locura desaparecería si no existiesen psicólogos o psiquiatras. Como hipótesis, pone en entredicho la psiquiatría y como tal no es positiva para los profesionales de la salud mental, aunque quizá se pueda rechazar desde el comienzo puesto que la sinrazón es anterior a los psiquiatras. Sin embargo, la mayor paradoja es que el criterio diagnóstico más fiable es ir o que te hagan ir al psiquiatra. Por ello, desde la psiquiatría oficial siempre se ha tenido la idea de poder definir el trastorno

mental de forma fiable a partir únicamente de hechos que puedan estar libres de juicio de valor (Varga, 2011). Surge entonces la consideración que la razón y sin razón pueden coexistir en todas las personas, que es natural a la propia existencia humana, y solo el contexto, la emocionalidad y la frecuencia en que todo esto sucede es lo que servirá para establecer quien el loco y quien el cuerdo, y por ello la dificultad en establecer fronteras. Es decir, apenas hay límite entre la razón y la sinrazón, y por ello ni hay que temer al loco, ni hay que excluirle ni tratarle como diferente. Ni es Dios, ni es Demonio, es persona, y es momento en que empecemos a ver al loco como uno de nosotros, como alguien al que todos podemos llegar, alguien que a veces sin ser muy diferente ha escogido caminos diferentes, a veces involuntariamente, y que el mejor camino para la salud mental, es saber controlar y gestionar bien nuestra sin razón, la propia e individual, y la que aparece en la sociedad.

Así pues, me propongo tratar de avanzar en la propuesta anterior, que he querido llamar hipótesis. Para ello considero importante comenzar tratando de describir y definir la sinrazón. Es decir, partir de los síntomas de la sinrazón. Es el momento de situarse en el siglo XIX en el que convive el desarrollo de la psicopatología (disciplina que se centra en estudiar los procesos que pueden inducir estados «no sanos» en el proceso mental) con la carrera por justificar y explicar la sinrazón en motivos biológicos ubicados en el cerebro; o motivos psicológicos ubicados en el espíritu o psique. Es probablemente el período en el que se comienza a trabajar intensamente en poder describir y definir la locura.

Es la hora de los grandes psicopatólogos del siglo XIX empeñados en describir la sinrazón o locura. Síntomas y más síntomas surgen de la observación minuciosa en casi todos los Hospitales psiquiátricos (frenopáticos o manicomios) de Europa. Alucinaciones, delirios, pensamientos telepáticos, catatonía, etc… van surgiendo de las plumas de los psicopatólogos más relevantes, que definen así toda una fenomenología entorno a la sinrazón, y encajando todos estos síntomas en una taxonomía clasificatoria de los trastornos mentales. Surgen los átomos de la locura, los síntomas que parecen servir para definir la sinrazón. Basta con combinar los síntomas de formas diversas para encontrar y describir los diferentes tipos de locura, que se denominarán como trastornos mentales. No obstante, surge un importante problema, entre otros, consistente en que cada autor hace combinaciones diferentes y con ello taxonomías diferentes, lo que favoreció un siglo después la creación de una taxonomía consensuada como es el DSM o la CIE. También surge en este arranque de las descripciones psicopatológicas la distinción entre los síntomas asociados a la conducta o comportamiento, y los asociados al pensamiento, como una primera clasificación sintomatológica. Y también en esas primeras taxonomías de la locura se establece una primera distinción entre problemas que identifican la reducción de la razón o la no

razón, que hoy conocemos como retraso mental; y problemas que identifican la sinrazón o locura.

Por una parte, la **falta o reducción de la razón** lleva a una conducta desordenada que dificulta a la persona su subsistencia o a resolver correctamente los problemas de la vida cotidiana, con lo que va a precisar de soportes y ayudas. Se plantea la necesidad de institucionalizar a estas personas para protegerlas de los problemas que le puedan surgir. También se puede observar que el grado de normalidad en la conducta va a estar condicionada no solo por su capacidad de raciocinio sino también por las exigencias del medio, con lo que una persona con capacidad baja o falta de razón puede tener una conducta normal cuando se encuentra en un entorno simple. En estos casos, la persona dispone de una capacidad racional suficiente como para permitirle resolver bien algunas situaciones cotidianas, pero no tanto otras.

Y por otra parte, se inicia la **fenomenología de la sinrazón**, en donde existe un funcionamiento diferente de la razón. No se trata de un bajo funcionamiento sino un funcionamiento diferente que conductualmente muestra un amalgama muy variado de manifestaciones que van desde la genialidad a una completa incompetencia, incluso para su propia supervivencia. Se aprende también una primera máxima fundamental, hay una sola razón, pero muchas locuras: la locura esquizofrénica, la maniaca, la paranoide, la demencia, etc… y cada una de ellas con una fenomenología diferenciada que haría parecer que se está cerca de establecer los límites de la razón frente a la sinrazón. Parecería entonces que se estaría cerca de identificar fiablemente a los locos, y diferenciar entre quienes son y quienes no son. Pero dos grandes decepciones nublan entonces el horizonte:

1. Se busca el síntoma patognomónico, aquel que diferencie claramente y sin ninguna duda que se está ante un problema de locura. Se busca el indicador que nos diga “bienvenido a la sinrazón” o “está saliendo de la razón, buen viaje”. Pero no. No hay ningún indicador tan certero que garantice que se ha atravesado la frontera de la sinrazón. Todos los síntomas de la locura se contemplan también en el mundo de la razón. El origen de la locura es similar al de la razón, y no hay diferencias definitivas que permitan identificar sin error a las personas sin razón.

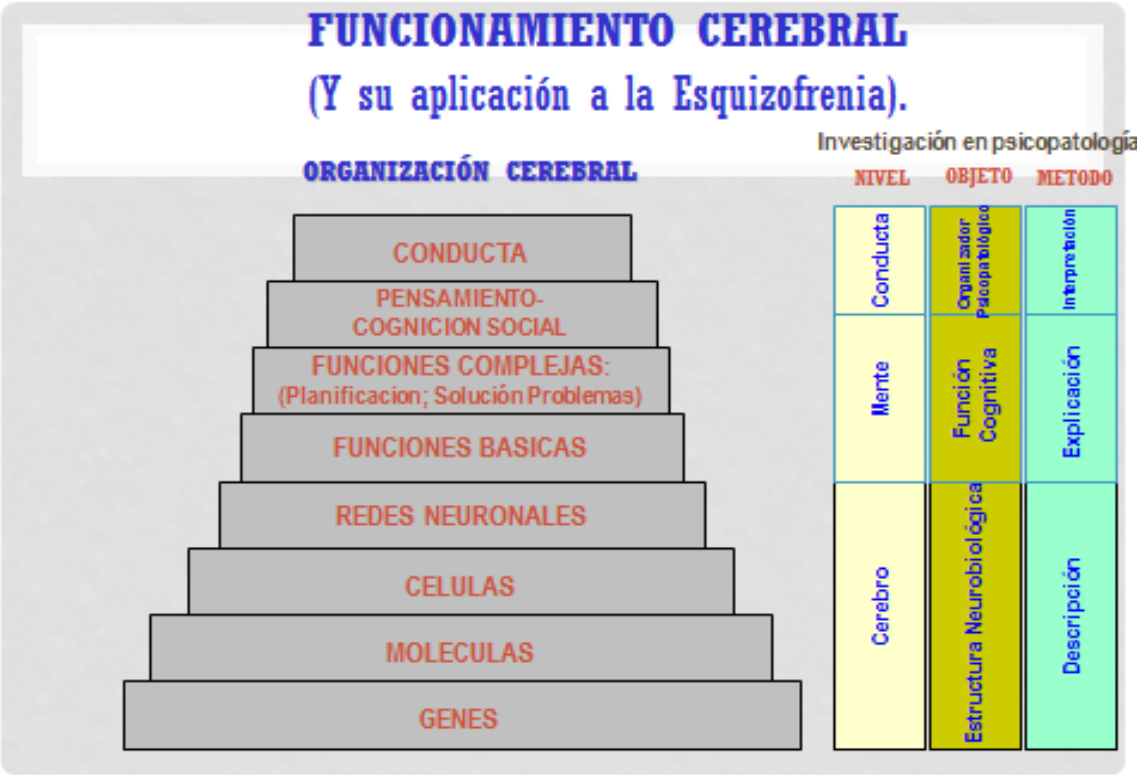
2. Se busca una clasificación uniforme de la sinrazón. La razón es única, pero la sinrazón muestra muchas y diversas formas. Tantas que cada autor descubre unas diferentes. La observación pausada de los enfermos en cada uno de los manicomios (hospitales psiquiátricos) de toda Europa, acompañada de las herramientas que la cada vez más minuciosa y precisa psicopatología

proporciona, da lugar a muchas formas de locura que, sin embargo, adquieren matices y descripciones muy diversas según quien sea el observador. No solo hay muchas formas de emplear mal la razón, sino que resulta difícil identificarlas y estar de acuerdo en cómo son. Ya se comentó también antes la dificultad para alcanzar acuerdo en el establecimiento de una taxonomía de la locura.

¿Qué hacer entonces ante esta confusión? Emulando al rey Nemrod o Nimrod de forma casi inconsciente se ha construido una torre de babel en el que los constructores de la sinrazón hablamos múltiples lenguas y en el que parece que Dios nos castiga a no solo no poder iniciar y aseverar el territorio de la sinrazón, sino que nos hace cuestionar los propios cimientos de la razón. En ese afán de búsqueda del síntoma/signo patognomónico, o el marcador biológico definitivo, aquel que nos garantice estar en los márgenes de la razón, que nos identifique claramente a la persona o su conducta como patológica y subsidiaria de tratamiento, se convierte en un fracaso que cuestiona la propia razón. Todos los posibles síntomas que podrían definir la sinrazón se encuentran también en personas supuestamente razonables. Y este podría ser el castigo que Dios proporciona a los seguidores de Nimrod, no solo no nos deja llegar al objetivo de la definición de la locura sino que cuestiona las bases de la identificación del territorio de la razón. Esto obliga necesariamente a ahondar en las causas de esos síntomas que si bien no definen la locura, son más frecuentes y se instalan con mayor facilidad en los locos. Si se identifica el mecanismo de producción de estos síntomas, tan aparentemente locos, se podría llegar a discernir entre la sintomatología propia y la adquirida. Pero este avance por el terreno de la psicopatología no da mayores esperanzas y nuevamente surgen ideas explicativas que tratan de justificar la existencia de síntomas, genuinamente y casi patognomónicos de la locura, que puedan estar presentes en personas razonables.

Es entonces el momento de tratar de buscar una explicación psicopatológica que describa la sinrazón o locura. E incluso de tratar de conectar entre los planteamientos biologicistas y los del psiquismo. Son muchas las teorías que se han ido sucediendo buscando una teoría holística que nos permita avanzar en el conocimiento. En la figura 1 hacemos una propuesta de cómo integrar lo biológico con la psique y la fenomenología, a través de niveles de complejidad. En la figura adjunta se observa la progresión en la organización del cerebro desde las bases genéticas hasta alcanzar la conducta, teniendo en cuenta que la afectación de un determinado nivel da lugar también a problemas en el funcionamiento de la razón. La pretensión de tratar de explicar la locura únicamente desde la fenomenología, sin tener en cuenta los múltiples mecanismos subyacentes que la provocan, es probablemente la causa principal de la situación actual. Evidentemente, no se describen por desconocidos pero

sirva este modelo teórico que proponemos para intentar avanza en este conocimiento, más allá de debates metodológicos.



La base del funcionamiento cerebral se inicia en unos **genes** en los que está toda la información de las características del individuo (en este caso del cerebro) y que se manifiestan a través de la formación de **moléculas** cuya organización va a dar soporte a las **células**. En definitiva, estas tienen una composición molecular que viene determinada en los genes. Pero también las diferentes combinaciones moleculares dan lugar a diferentes tipos de células, incluso de las propias células cerebrales, como son las **neuronas**. El siguiente nivel de complejidad sería el establecimiento de conexiones a modo de **red de las neuronas o células cerebrales**. Estas redes van a ser el soporte de comunicación entre células distantes, y estas redes se organizan para dar lugar a una función. Es sabido que la plasticidad cerebral va a influir directamente en todas estas estructuras, tanto favoreciendo y estimulando las conexiones sinápticas, como generando nuevas células a través de un proceso de neurogénesis. En ambos casos la estimulación y como se percibe esta va a influir en esta plasticidad neuronal. Y es aquí donde subyace una de las principales diferencias entre la enfermedad mental y el resto de enfermedades del cuerpo, la plasticidad del órgano y la relación de esta con los estímulos internos y externos. Esta característica diferencial del órgano cerebral es lo que a nuestro entender hace fracasar las posturas mecanicistas y positivistas del modelo médico aplicado a la enfermedad mental. Las casi infinitas combinaciones e influencias que tiene la estructura cerebral de su entorno, considerado en sentido

amplio, no es comparable a ningún otro órgano. Incluso, iría más lejos al considerar que el límite confuso en neurociencias entre la neurología y psiquiatría se ubica en la plasticidad diferencial entre las distintas partes del cerebro. La hoy casi rudimentaria dualidad entre cuerpo y mente, o entre la lesión cerebral que se trata desde la neurología del problema psíquico que se trata desde la psicología y psiquiatría es a mi entender puro artificio, fundamentado no tanto en el conocimiento o no de la causa del problema o de una postura más o menos biologicista, sino en la plasticidad diferencial y su interacción con los estímulos internos y externos que recibe el cerebro. Lo más inmutable y menos plástico, y por tanto, más cercano al modelo médico general sería el campo de actuación de la neurología, frente a lo más plástico y más esencial del cerebro que constituiría el área de actuación de la psicología y psiquiatría. Por este motivo, la pretensión de muchos psiquiatras por hacer evolucionar la psiquiatría, y con ella la explicación de la enfermedad mental por un camino paralelo, cuando no común, al de las llamadas enfermedades físicas supone, desde mi perspectiva, un error que llevaría a la eliminación de la esencia de la propia disciplina. Tanto que, como si de una quinta columna se tratara, parecen empeñados en acabar con una disciplina de la que son parte, para ser acogidos por el llamado lugar común de las Neurociencias en donde de entrada no serán bien recibidos. Y no por el pertenecer o no a esta u otra disciplina, sino por tratar de introducir duda y confusión, donde preside la ciencia empírica y positiva. Y es que la ambigüedad y no asunción de ningún postulado inmutable en que tradicionalmente han trabajado los psiquiatras, lejos de ser un problema para el conocimiento del razonamiento humano, constituye el único camino para llegar a la esencia y comprensión de su funcionamiento.

Siguiendo con el esquema, hasta aquí estaríamos en la parte más biológica del cerebro, en su estructura más neurológica y con la que se plantea la descripción como metodología de estudio principal. Los niveles son tan básicos que todavía no hemos llegado a la base del conocimiento y la razón. Sin duda es la base biológica de lo anterior, tanto que una afectación en cualquiera de estos niveles se expresará a través de síntomas específicos que podrán expresarse en la conducta, pero que no nos diferenciaría significativamente de muchos animales. Son niveles que sustentan la razón pero no la contienen. Sin embargo, los fármacos que actúan para la recuperación de la razón actúan en este nivel mediante un intento por mejorar el funcionamiento cerebral. Esto muestra la importancia de estas estructuras en el sostenimiento de la razón, aunque es difícil explicar todo el proceso del razonamiento únicamente a través de este mecanismo, puesto que la plasticidad cerebral obliga a un posicionamiento diferencial frente a otros problemas de enfermedad. Por este motivo, además de los fármacos, la influencia del ambiente y el contexto puede también intervenir en la plasticidad y organización cerebral. Y aquí nuevamente surgen muchos de las dificultades metodológicas de la investigación en este campo. Por ejemplo, en psicofarmacología, donde el efecto placebo tiene unos resultados terapéuticos

difícilmente comparables con los de otras áreas de la medicina, y que erróneamente, según mi criterio, la industria farmacéutica y las agencias reguladoras se esfuerzan en minimizar a través de la implementación de metodologías absurdas que alejan los resultados de la realidad clínica. Tanto que la llamada psiquiatría basada en la evidencia tiene un valor cercano a cero. No aceptar que los influjos sobe el funcionamiento cerebral no se reduce a la sustancia o principio activo, sino a también a las circunstancias del contexto y la disposición temporal del sujeto es no entender ni comprender la esencia de la enfermedad mental. No aceptar que el fármaco es solo parte de las múltiples influencias que reciben las zonas cerebrales con mayor plasticidad es alejarse de la realidad. Pretender controlar todas sus influencias es actualmente utópico. Por ello, incorporar métodos de fiabilidad en los ensayos clínicos, como por ejemplo las entrevistas diagnósticas telefónicas con una persona desconocida, o extremar los criterios de inclusión y exclusión de los ensayos clínicos para reducir el efecto placebo es eliminar progresivamente el valor de los datos. El talibanismo mecanicista llevado a la enfermedad mental en conceptos como el fármaco de primera elección, y algoritmos clínicos, más allá de orientaciones necesarias para la práctica y funcionamiento clínico, es caminar hacia el fracaso asistencia. Y sería bueno que en este punto gestores y organizadores de los sistemas de salud tuvieran lo tuvieran en cuenta. Porque esta es la esencia de la psiquiatría y lo que la enfermedad mental y locura nos enseña, que es la valoración de la enfermedad en la persona, sin que se pueda disociar la persona y su contexto de la propia enfermedad. Por ello, resulta tan complicado definir la locura, por ello resulta tan complicado asegurar que la razón se conserva.

Todo lo anterior se hace más evidente, cuando se da el siguiente paso en complejidad consistente en que esas redes neuronales se organizan así para cumplir con unas **funciones básicas** que va a permitir a la persona interaccionar y aprehender el mundo que le rodea. Estas funciones básicas serían la atención, memoria, percepción, etc… Funciones que permiten interactuar con el entorno, y que ya permite entender mejor el que lesiones o alteraciones a este nivel puedan provocar problemas de relación con el mundo. Una alteración de la percepción dificultará tener una correcta interpretación del exterior, y consecuentemente, una elaboración errónea tanto de la respuesta como de su interacción con el entorno. Y una alteración de la atención dificultará la selección de los estímulos más relevantes para la persona y por tanto influirá en una construcción alterada de la realidad. En consecuencia, a medida que se asciende en la pirámide (figura 1) se van encontrando nuevos elementos que podrían justificar y entender la sinrazón. Más evidente, es cuando estas funciones básicas se organizan en el siguiente nivel de complejidad, en **funciones más complejas** como la función ejecutiva, la memoria de trabajo, etc... Que van a ayudar a manejar simultáneamente varias variables como lo que se percibe, lo que se recuerda, lo que se pretende o planifica hacer, y lo que se necesita para elaborar una respuesta que

satisfaga a todas las partes. Estamos en la esencia de la razón, en lo que nos diferencia a los humanos del resto de los animales, que es saber generar un conocimiento, almacenarlo y recuperarlo, pero además, la capacidad de gestionarlo junto a otras fuentes de conocimiento tanto exteriores (el contexto o la demanda) e interiores (los objetivos e intenciones), consiguiendo encontrar la mejor respuesta o solución a los retos que se puedan plantear en cada momento. Pero además, también puede funcionar sin necesidad de una respuesta, porque nos ayuda a tener un posicionamiento sobre el mundo, a plantearnos objetivos generales, tener ideales y principios de ética, etc… Es el terreno de la mente, cuyo objeto de estudio es el conocimiento de las funciones cognitivas a través de una metodología explicativa que justificase los procedimientos de actuación. Un bajo funcionamiento a este nivel nos aproxima al mundo animal de la no razón. La falta de capacidad para gestionar bien tantas fuentes de información permitirá dar una correcta respuesta cuando el número de variables que hay que manejar es sencillo. Pero cuando sean muchos los factores a considerar, la falta de capacidad o de la razón le lleva a considerar solo algunas de las variables que debería tener en cuenta, y por tanto, a emitir respuestas erróneas o tener un posicionamiento equivocado. En consecuencia, la necesidad de tener en cuenta más o menos variables va a determinar el éxito o no del funcionamiento de la razón. Un mundo complejo precisará de una capacidad de razonamiento alto y eficiente, mientras que un contexto simple permite un buen funcionamiento incluso a las personas con capacidades de razonamiento reducidas.

Igualmente, a este nivel surge también una cierta explicación de la sinrazón, consistente en utilizar variables o elementos que no tienen que ver con el origen del problema, con lo que la respuesta que se elabora ya no puede ser calificada de buena o mala, sino de absurda. No es un problema de haber podido optar por la mejor opción cuando se trata de dar una respuesta, al haber tenido en cuenta todas las variables implicadas o solo haber podido considerar algunas dependiendo de la mayor o menor capacidad, sino de alcanzar para respuestas o respuestas muy anómalas cuando se emplean elementos que a priori no tenían que ver con el reto al que la persona se enfrentaba. Estamos asistiendo a la esencia de la sinrazón. La elaboración de respuestas no previstas, no justificadas y no comprensibles por otras personas, aunque sigan una lógica propia de la persona que las emite. Se emplean elementos y variables que, al menos aparentemente, no están relacionadas con el problema o dificultad a la que se enfrenta la persona. Como consecuencia, se manejan o gestionan de forma diferente a como cabría esperar. A veces, las menos, el resultado es una genialidad que puede ser comprendida o no en el momento de emerger, pero la mayor parte de las veces, el resultado es una respuesta absurda y mal adaptada que lleva a la persona a la indefensión o disfunción. Es el pensamiento del loco el que se está generando y es la mente del loco la que estamos descubriendo. Se produce la paradoja de la locura, que se asocia en unos casos a la genialidad (locos geniales, como por ejemplo y entre otros

se podría citar al célebre compositor Schumann (Domschke, 2010)) y por otro a la marginalidad y miedo (locos peligrosos).

Pero además, existen otros dos niveles de la pirámide (figura 1) que serán de gran importancia para entender la locura. Un nivel de mayor complejidad que está en los límites de la mente aunque dentro de ella (figura 1). Es el **pensamiento**, entendido como una función capaz de generar ideas y conocimiento sin necesidad de emitir una respuesta concreta ante una necesidad o reto, sino que en la mayor parte de las ocasiones puede tener el fin en sí mismo. Pensamos, siempre pensamos, incluso es muy difícil no pensar. Los profesionales de la salud mental saben que cuando una persona tiene pensamientos que le generan inquietud o malestar, no se puede suprimir el pensamiento sino que hay que sustituirlo, ya que el hombre no está preparado para no pensar. A veces incluso no hay plena consciencia de ellos. Mientras se piensa es frecuente que se tengan en cuenta elementos que muchas veces surgen de forma automática y sin un fin u objetivo definido. Todo el mundo ha tenido la experiencia de encontrarse con pensamientos e ideas que ni siquiera sabe por qué le han surgido. Y es que han aparecido sin que la persona lo desee, ni lo necesite, e incluso, en ocasiones, son desagradables, pero aparecen. De alguna manera, los sueños constituyen eso también, unos pensamientos automáticos que se producen al margen de la conciencia, al margen de la voluntad y que a veces son agradables y otras no tanto. El cerebro funcionaría de forma similar al corazón, mientras se está vivo no deja de funcionar. No se puede tener el cerebro sin actividad. Cuando se produce la persona está muerta. Esto es algo que se sabe desde hace mucho tiempo. Y por eso el cerebro en su actividad está produciendo continuamente pensamientos, algunos buscados de forma consciente, y otros surgen automáticamente de la propia actividad cerebral (inconsciente). Evidentemente, todos ellos han sido generados por el cerebro y todos ellos tienen una justificación, solo que hay ocasiones en que conocemos y controlamos su aparición (la conciencia) y otros en los surgen de forma incontrolada, como si de una extrasístole cerebral se tratara (la inconsciencia). En este sentido, los pensamientos que se provocan, que se desean, que son agradables contribuyen al bienestar y a la normalización de la actividad cerebral. Sin embargo, los automáticos que generan malestar y que no se desean, obligan a poner en marcha mecanismos para su supresión. A veces el malestar que provocan estos pensamientos no queridos es tan alto que afecta directamente a la funcionalidad de la persona y la llega a incapacitar. Al igual que las extrasístoles puede ser benignos y molestos, o incluso poner en riesgo la funcionalidad completa del corazón. La importancia de todo lo anterior, ha dado lugar a que la intervención sobre esos pensamientos no queridos haya sido una de las actividades que desde tiempo han tenido que realizar los profesionales de la salud mental: tratar de controlar esos pensamientos automáticos. A veces con mecanismos supresores, otras con sustitutorios (terapias cognitivo-conductuales), otras buscando la causa y razón de los mismos (terapias

psicodinámicas) tratando de convertir pensamientos automáticos en pensamientos controlados y auto gestionados.

Pero además, en ese mismo nivel de organización cerebral (figura 1) más importante, si cabe, que el propio pensamiento es la **emoción**, cuya intervención global sobre todo el proceso mental es fundamental. Hasta ahora, todos los niveles habían estado centrados en el proceso, y parecía que se dispusiera de un funcionamiento único y unívoco para todos los problemas retos y conflictos que se puedan presentar, para cualquier pensamiento que se pretenda generar. Sin embargo, nuestra realidad no es esa, sino que a diferencia de los sistemas de calidad ISO, muy centrados en los procesos y resultados. En nuestra mente/cerebro también intervienen los contenidos y la relación e historia que cada persona tiene con esos contenidos. Es decir, cuando se define un proceso de actividad, o incluso una guía clínica (que en el mundo sanitario equivaldría a un proceso) se debe seguir el procedimiento independientemente de la persona a la que se aplica, sin embargo, en el funcionamiento cerebral, el significado emocional de los contenidos va a modular tanto las variables que se van a gestionar para elaborar una respuesta como en la selección del tipo de respuesta que elijamos entre varias posibles. Esto ya se ve también en la aplicación de los procedimientos médicos a través de las guías clínicas. Es lo que ocurre ante casos específicos de alta significación, lo que se conoce en el argot propio de la profesión como "*el síndrome del enchufado*"; o la convicción que ningún médico, por bueno que sea, lo es para sus seres queridos. ¿Qué es lo que está pasando? ¿Qué hace que el llamado síndrome del enchufado sea universal? La respuesta está en la emoción, la cual va a trastocar toda la teoría explicativa de cómo funciona el razonamiento.

Parecía, unos párrafos más arriba, que nos estábamos aproximando, por fin, al lugar donde se sitúa la sinrazón, y el motivo de la sinrazón, e incluso, parecía que nos acercábamos a la explicación sobre el diferente modo de actuar entre el que tiene conservada la razón (elige y gestiona las variables correctas y relevantes), el que tiene una falta de razón (elige las variables correctas pero tiene baja capacidad gestora), y los que están sin razón o locos (elige mal las variables intervinientes, y la gestión más o menos correcta le lleva a resultados sorprendentes). Según se había revisado, la persona razonable utilizará el máximo número de variables relevantes, tanto externas (recogidas por los sentidos) como internas (de la experiencia o memoria y de su intencionalidad y objetivos) y los gestionará con eficacia hasta conseguir la mejor respuesta-conducta. Los faltos de la razón serían los que escogen pocas variables por su incapacidad para gestionar bien más variables y emiten respuestas similares a la persona con la razón preservada cuando el número de variables a manejar sea pequeño, o muy equivocado o erróneo cuando la exigencia sea alta. Pero no es una respuesta sorprendente, sino una respuesta poco elaborada e ineficaz. Y finalmente, la persona sinrazón utiliza variables externas o internas que no se corresponden con el problema o reto que se le presenta, y por tanto, ha de gestionar esas variables de un

modo excepcional dando lugar a respuestas que podrían, a veces, ser calificadas de absurdas. Al partir de variables o elementos mal escogidos, resulta difícil discriminar qué papel juega la selección de variables, y qué papel juega la gestión de los mismos. Parecía todo cuadrado y explicado, cuando la emoción nuevamente destruye la aparente buena noticia, al borrar las fronteras entre la razón y sinrazón que pudieran haber parecido inicialmente establecidas. Y esto es así, porque la emoción trastoca y modifica todo el proceso de razonamiento, tal como se veía en el síndrome del enchufado. Las guías clínicas funcionan bien, se sabe que son un buen camino para la eficiencia clínica, pero incomprensiblemente, cuando se presenta alguien que nos es significativo abandonamos el procedimiento que tan bien teníamos establecido. Parecería que precisamente con la persona que más interés se tiene se elige el peor camino. Es como si transitoriamente, y en el peor momento, la sinrazón nos hubiera alcanzado. Y esto es así, porque la emoción interviene modificando las reglas de elección de las variables principales para resolver el problema y como se manejan estas. Ya no se tienen en cuenta las variables principales. sino otras y por tanto el resultado del razonamiento cambia hacia respuestas sorprendentes, cuando no absurdas. Baste un ejemplo para probarlo: *"supongamos una situación en la que un tren avanza por una vía y se encuentra con una bifurcación en la que si no hacemos nada y el tren continua por la vía en la que va, sin que se modifique nada, el tren arrollará y matará a 5 personas, mientras que si apretamos un botón que permite cambiar la disposición de las vías, el tren se desviaría hacia el otro ramal de la bifurcación, y consecuentemente se salvarían esas cinco personas aunque en este caso hay otra persona trabajando en este otro ramal y que sería arroyada".* Ante este dilema lógico, que con frecuencia expongo en mis clases del doctorado, la mayoría de las personas aplicando un proceso de razonamiento lógico apretarían el botón que evitaría la muerte de cinco personas aunque fuese a costa de una. Es cambiar cinco por uno. No obstante, ya en esta primera cuestión surgen estudiantes que aceptan esa respuesta como la más razonable, siempre que el uno no tenga una relación directa con ellos mismos. Incluso, unos pocos llegan a optar por no apretar el botón y no intervenir, tratando de evitar su responsabilidad en la muere de la persona del otro ramal de la vía. Parecería ya, que en esta primera cuestión la solución al dilema lógico podría venir mediada por elementos emocionales, a los cuales no se hace referencia. Sin duda, inicialmente, si en lugar de personas se tratara de objetos u animales la elección de respuesta sería unánime. Pero enfrentémonos ahora a un segundo supuesto lógico: "*Imaginemos que el tren circula por una vía en la que si continúa mata a 5 personas que estaban trabajando en la reparación de esa vía (hasta ahora igual que en el caso anterior), pero antes de que eso pueda ocurrir, el tren pasa por debajo de un puente en el que nos encontramos asomados junto a otra persona a la que no conocemos y pensamos que es del servicio de mantenimiento de vías. En esta ocasión, se tiene la posibilidad de empujar a la persona que está con nosotros, justo antes del paso del tren, y eso le haría caer del puente por delante del tren y provocar que éste*

parase, y con ello salvar a los 5 trabajadores cuya vida estaba en riesgo. Lógicamente, la persona que ha sido empujada y cae, muere al ser arroyada por el tren". Al igual que en el supuesto primero, el razonamiento lógico plantea un cambio de una vida por cinco, pero así como en el primer supuesto la mayor parte de la gente escoge el cambio de 1 por 5, en el segundo caso son muchos menos los que tomarían esa opción, incluso se podría decir que una minoría. ¿Qué es lo que ha pasado? La emocionalidad ha hecho su presencia y hace que las variables que se tienen en cuenta para tomar las decisiones sean diferentes. ¿Qué pasaría entonces si para una persona algo o alguien tiene un significado especial? Pues que probablemente el proceso de razonamiento se vería alterado de forma tan importante que las variables a procesar serían diferentes, y el resultado del procesamiento sorprendente. Es lo que habitualmente se denomina como perder la razón. Ejemplos de esto también los encontramos en múltiples circunstancias de la vida cotidiana como las agresiones por amor, perder objetos que nos son muy significativos, et... Personas hasta entonces identificadas como racionales y sensatos cometen una acción deplorable y sin sentido. Destrozan una vida, o la de una familia, o la de una comunidad, sin que pueda existir razón alguna. Numerosos ejemplos se encuentran también en la literatura como sucede en la nominada locura de amor, en el que la persona pierde la razón dominada por los celos, o muchas otras nominaciones más que pueblan la literatura mundial. Es decir, la razón de una persona se convierte en sinrazón cuando las emociones le invaden.

Por tanto, todo lo anterior indica que una persona razonable si se encuentra en estados emocionales muy determinados puede cambiar su lógica y llegar a actuar como una persona sin capacidad para el razonamiento. O dicho de otra manera, una persona calificada de razonable puede perder la razón y actuar como un loco. Por tanto, la conclusión que surge es que la locura o mejor, la realización de locuras no es solo una cualidad propia de los locos sino también de las personas razonables, con lo que nuevamente se difumina la frontera entre la razón y la sinrazón. Si las personas razonables pueden tener comportamientos ajenos a la razón ¿Cuál es la diferencia entre los que llamamos cuerdos y los locos? ¿Es entonces solo un problema de frecuencia? Ya se vieron las dificultades que se tenían en el DSM para poder dar una respuesta lógica a este interrogante. Por ello, se han realizado algunas propuestas teóricas como es el posicionamiento caracterizado por un enfoque naturalístico estadístico (teoría bioestadística de Boorse) que establece el trastorno como un funcionamiento alterado de base estadística, evitando con ello cualquier juicio moral o sociopolítico (Boorse, 1976). El problema aquí es que llevado al extremo, como en el caso de un exceso de racionalidad o ser superdotado, se podría también considerar enfermedad. Otra dificultad es que resulta muy complicado establecer un referente de normalidad, con lo que se cuestiona su valor (Varga, 2011). Dado que se precisa el asignar a un referente ¿es acaso un problema de designación social?, lo que significaría

que tendría un componente sociopolítico y dependiendo de los valores de cada sociedad. En este sentido, y con una pretensión más científica ha surgido también el llamado naturalismo hibrido que trata de definir la locura como una disfunción que causa un perjuicio a la persona, entendiendo este como la imposibilidad de alcanzar un beneficio personal tal como se considera debería ocurrir siguiendo el estándar del contexto cultural en el que se encuentra (Wakefield, 1992). De alguna manera, también en este caso se está planteando una designación social puesto que el perjuicio no lo evalúa la persona sino la sociedad en su conjunto, lo que daría razones a Szasz de criticar abiertamente ese posicionamiento y calificarlo de control social (Szasz, 1970). Es decir, parecería que la norma social sería la que establecería lo que es locura y lo que no. Como se ve múltiples dudas y dificultades emergen para separar ambos estados, y por ello no debe sorprender las dificultades que tiene el DSM, para definir enfermedad mental (First & Wakefield, 2010). Y esto se justifica por la comunidad científica porque el concepto de trastorno mental, tiene el mismo problema que muchos otros conceptos en ciencia y medicina, que es la ausencia de una definición operacional que permita incorporar todas las situaciones (Stein et al., 2010). Esto ha llevado a tratar de definir los trastorno mentales usando diferentes conceptos, como ya antes hemos señalado: descontrol, discapacidad, minusvalía, desventaja, irracionalidad, desviación estadística, patrón sindrómico, etc. (Stein et al., 2010), en el que ninguno ha prevalecido sobre el resto.

Pero siguiendo con la aportación de la emoción al razonamiento humano, hay que significar que como se ha visto anteriormente, se trata de un concepto que va a permitir explicar muchos de los síntomas de la locura tanto los que surgen desde una producción interna, como los que surgen desde una percepción externa. Es decir, unos dirán que el síntoma psicopatológico surge del interior y como una producción propia de la locura, o como una gestión alterada de los estímulos que le rodean.

Con el objetivo de poder favorecer una mayor comprensión del lector sobre lo que se quiere revisar por una parte, y el mayor acercamiento a la normalidad por otra, comenzaremos con la perspectiva externa, entendiendo la locura como una mala gestión de los estímulos externos, y que se asemeja a lo que sucede cuando se manejan mal las emociones. Desde esta perspectiva, uno de los orígenes de la sinrazón sería una selección de variables alterada (o absurda) para alcanzar una respuesta. Es decir, maneja las variables que no corresponden, y la consecuencia es inmediata: una mal conocimiento de la realidad o una construcción de la realidad alterada, y tras ello una respuesta sorprendente o absurda.

Como se ha dicho antes, cuando nos enfrentamos a la realidad, se pone en marcha una función cognitiva clave que nominamos atención, a través de la cual se hace una selección de los estímulos relevantes, y en base a ello hacemos una

interpretación o construcción de la realidad, o mejor aún, percibimos la realidad, la aprehendemos y en base a ello se interacciona con el entorno. Pero si en lugar de hacer una correcta selección de estímulos y con ello percibir los más relevantes, percibiéramos los inicialmente más intrascendentes, la aprehensión de la realidad sería completamente diferente, y consecuentemente nuestra interacción con ella. Es decir, si por algún mecanismo, como por ejemplo el estado emocional, no centramos la atención en los estímulos más significativos, tendremos una percepción alterada de la realidad, y con ello el comienzo del razonamiento estará afectado. Es decir, podrá existir un mecanismo, como el que aparece ante determinados estados emocionales que hace que la jerarquía de los estímulos exteriores para ser percibidos se vea afectada, y con ello la percepción del mundo. Hay que tener en cuenta que en nuestra relación con el entorno cada persona se ve sometida a una multitud de estímulos externos que sería imposible procesar. Los sentidos recogen todo tipo de estímulos del ambiente, pero el procesador central que gestiona toda la información que accede al cerebro (la conciencia) no puede admitir todos ellos, y por tanto necesita seleccionar unos pocos, a partir de los cuales construye la realidad que rodea al individuo. Se podría decir que el cerebro necesita construir una realidad, que se asemeje a la auténtica realidad que está fuera de la persona, y para ello precisa seleccionar los estímulos más relevantes de cuanto les rodean para así poder hacer una representación lo más perfecta posible de la realidad. El mecanismo a través del que se seleccionan los estímulos más relevantes es la atención (atención selectiva si se quiere), que va a filtrar el casi infinito caudal de estímulos, dejando alcanzar la conciencia solo a los más relevantes para la persona. En principio, parecería que en este mecanismo de selección existe cierta objetividad, o mejor, cierta universalización en la selección, de modo que la forma y proceso de selección se asemeja en la mayoría de las personas. Esto permite que la mayor parte de las personas puedan compartir entre sí sus reconstrucciones individualizadas de la realidad. Sin embargo, cuando para una persona existen estímulos que tienen una mayor relevancia o significación, el proceso selectivo se modifica y con ello, se crea una construcción de la realidad diferente. Esto es lo que hace que la emoción modifique nuestra respuesta. Así por ejemplo, en el caso que se exponía antes, referido a los dos casos presentados en relación al tren que mataba a cinco personas y la posibilidad de intervenir para que solo fuera una, en el primer supuesto la falta de carga emocional llevaba a una valoración racional de cinco vidas frente a una, pero en el segundo caso, en el que el estímulo es significativo por cuanto es una persona que está al lado nuestro, al que no conocemos ni sentimos nada por él, pero que sin embargo ya sabemos quién es y el verlo nos hace imaginar inconsciente e inconsistentemente una historia tras él, y eso ya hace que el peso de esa historia imaginada, tenga un mayor valor que el de los cinco que perecerán si no hacemos nada. En el segundo supuesto la realidad ha cambiado, y la persona que muere tiene una significación suficiente como para dar lugar a una construcción diferente de la realidad frente al primer supuesto. De alguna manera, se

podría establecer que se pasa de establecer una acción razonable, a hacerla de forma irracional. Se obvia la comparación de cinco muertes por una. No obstante, en este caso, y al compartir la mayoría de personas la significación del estímulo, se puede establecer que la respuesta es no racional, pero no es una respuesta ni sorprendente ni loca. Esta calificación solo se dará cuando no se pueda comprender el motivo por el que ese estímulo pueda resultar tan valorado. Otro ejemplo de similares características se encuentra en casos como la explicación del modo de calificación que se empleará en una determinada asignatura. Los profesores con frecuencia explican el sistema y pronto comprueban a través de e-mail, o de preguntas directas que a pesar de haber dado una explicación única ante un numeroso grupo de alumnos, lo que cada uno ha entendido es con frecuencia contrario, o al menos, diferente. Incluso, dos personas pueden llegar a estar seguras de haber oído algo que es opuesto entre sí. ¿Qué ha sucedido? Pues lo que se viene describiendo hasta ahora, el interés o preocupación de cada alumno es diferente, y por ese motivo la jerarquía de estímulos es establecido de un modo distinto en cada caso, con lo que la construcción de la realidad (lo dicho por el profesor) va a diferir y con ello también los cuestionamientos, que en cada caso se habrá adaptado a la realidad construida.

Un mecanismo similar se produce cuando se utilizan variables o estímulos internos, como son las que surgen de nuestro propio pensamiento o del almacén de memoria. Como se ha señalado antes, la experiencia cotidiana pone de manifiesto la dificultad que hay de no pensar. Es difícil, si no imposible, conseguir no pensar nada, suprimir un pensamiento. El cerebro está siempre con actividad y siempre funcionando. Hay una experiencia clínica y de la vida cotidiana que muestra como cuando existe una preocupación, esta disminuye si la persona se encuentra activa, y más cuanta mayor dedicación exija esa actividad. Por tanto, al igual que el cerebro se encuentra sometido a todo un potencial casi infinito de estímulos exteriores recogidos por los sentidos, y que solo la atención selecciona; también existe un elevado número de estímulos internos, de pensamiento, propioceptivos, cinéticos, etc. que obligan a realizar una selección a través también de un mecanismo similar al de la atención, y que propiamente dicho, es también un proceso atencional, aunque aquí existe un elemento adicional consistente en la concentración. En consecuencia, se produce un flujo de estímulos seleccionados tanto externos como internos que dirigen la construcción de la realidad.

A todo ello hay que añadir que normalmente en la relación con el entorno, habitualmente se elaboran unos apriorísticos o expectativas sobre la realidad que de alguna median la aprehensión que se va a tener de la misma. Estas expectativas con frecuencia vienen acompañadas de una importante intervención tanto del estado emocional de la persona como de las enseñanzas y experiencias que haya recibido, aunque también existen otros factores influyentes. De este modo, en un contexto

determinado y con una carga importante de significación, y por tanto, con una emocionalidad o estado emocional específico (no habitual), la persona hasta entonces normal podría comportarse como un loco, e incluso producir sintomatología psicopatológica, sin que ello pueda llevar a considerar a la persona como carente de razón. Un ejemplo cotidiano puede ilustrar lo anterior:
Está una persona sola en casa, y ha leído una noticia en la prensa en la que se advierte de la peligrosidad que existe en esos momentos por estar solo en el domicilio, ya que hay una banda de delincuentes que entran en las casas por las noches a desvalijarlas. Se advierte a la población del siguiente modo: "hay una banda en la ciudad que está entrando en las casas y se llevan varios objetos si no encuentran oposición pero cuando se encuentran al dueño lo agreden. Tengan cuidado". Esta noticia ha impactado emocionalmente en la persona, y está temerosa. Se mete en la cama, apaga las luces, pero con la inquietud y miedo por la banda, y aunque sabe que ha cerrado todos los pestillos y cerrojos de las puertas de la casa, parece que no se duerme, ligeramente preocupado por la noticia que ha leído. En este contexto, hasta que de repente oye unos ruidos, que parecen los del movimiento de un picaporte, pisadas en el pasillo, corrimiento de muebles. "No hay duda es la banda y esta vez me ha tocado a mí". Incluso es posible que hasta la persona desde su cama llegue a oírles llamarse entre sí, a oír como sacan parte del mobiliario de la casa y como se mueven por toda la casa. Poco a poco la situación se va calmando y uno puede dormir. Afortunadamente, a la mañana siguiente se comprueba que nadie había entrado y nada había pasado. Esta situación se puede incluso dar prácticamente igual sin que haya habido una noticia previa sobre una banda peligrosa, y de hecho muchos lectores es probable que hayan experimentado alguna vez en la soledad de la noche y en su habitación la percepción, prácticamente segura, que alguien está entrando en casa y hasta es posible que se hayan levantado de la cama para ver qué está pasando.

Por tanto, hasta aquí, parecería una historia normal, que con matices podría ser compartida por muchos de los lectores, o que incluso pueda ser entendida como normal. Sin embargo, un análisis psicopatológico más minucioso de lo ocurrido pondrá de manifiesto la existencia de una psicopatología grave y un comportamiento que podría ser calificado de delirante: oír personas en casa que no existen (alucinaciones); estar convencido que alguien le está robando (delirio de perjuicio); levantarse incluso protegido para ver que está pasando (conducta ligada al delirio); y todo ello con un importante grado de ansiedad, preocupación e insomnio; e incluso, si al final duerme mal o duerme poco puede hasta producirse una alteración funcional. Como se ve, incluso se podría calificar la situación de un episodio psicótico ultrabreve.

Sin embargo, no se pueda uno quedar en que fue un episodio psicótico sin más. Vamos a tratar de profundizar poco a poco en lo que puede haber pasado. La primera pregunta que debe surgir es la siguiente: ¿Son ciertos y reales los ruidos que se oyen?, es decir, la persona oye unos ruidos que normalmente no oye, que tampoco había oído

durante el día, que le son nuevos. Por tanto ¿son producto de su imaginación o han sido oídos realmente y luego percibidos? La respuesta a esta primera pregunta es que los ruidos son reales, y que podrían haber quedado grabados en un sistema de registro, si se hubiera puesto a funcionar. Es decir, no son fruto de la imaginación ni que el oído hubiera fallado. Entonces, ¿Qué ruidos son los que está oyendo y por qué motivo no los había escuchado antes? La respuesta en este caso es que se trata de ruidos normales que existen en cualquier edificio, y que normalmente están motivados por dilataciones y contracciones del material del que está construida la casa, o bien debido al viento, o similares. Pero entonces, si son ruidos presentes y reales asociados a causas no específicamente nocturnas ¿Por qué solo se oyen esos ruidos por la noche?, ¿y por el día? Pues también los oímos pero no los percibimos. Si tuviéramos un sistema de registro de sonidos de muy elevada calidad podríamos también grabar esos sonidos nocturnos durante el día, e incluso con un buen sistema de audio, se podrían aislar esos ruidos del resto de registros auditivos. Pero en el caso del hombre, tal como señalábamos antes, tiene la capacidad de captar por sus sentidos todo lo que sucede a su alrededor pero la necesidad de procesar y razonar lo que recogen sus sentidos, y la capacidad limitada de este procesamiento, obliga a que se tenga que establecer un filtro automático y selectivo sobre todos los estímulos del ambiente, e incluso de todos los estímulos internos creados por el propio pensamiento, tal como se describió arriba. Solo así tiene capacidad para poder gestionar y procesar la información, es decir, razonar. El fundamento de ese filtro se constituye en lo que denominamos atención selectiva. A través de esta función se alcanza la capacidad para entre todos esos estímulos seleccionar de forma automática aquellos que son más relevantes. En esta línea, hay características de los estímulos que les hacen más significativos de forma universal, es decir, para todas las personas. Pero también hay otras características específicas que dependen del posicionamiento individual, y que son propios de cada persona. Ese posicionamiento individual estaría constituido por las experiencias previas o incluso por las expectativas con que la persona se enfrente a cada situación. Un ejemplo comprensible de esto es que aquella persona que ha tenido un accidente selecciona mejor todos los estímulos que tienen que ver con accidentes o con riesgos de tenerlos, o también se observa como el que tiene miedo a montar en avión detecta estímulos y circunstancias, que el que no tiene una expectativa de accidente no selecciona, a pesar de que ninguno de los dos haya tenido un accidente previamente. En definitiva, existe un mecanismo automático al que llamamos atención selectiva que filtra la pléyade de estímulos que nos rodean para que podamos procesar aquellos más relevantes, y en base a ellos y a nuestra concepción de la realidad. Por tanto, en el ejemplo expuesto los ruidos durante el día son irrelevantes, y aunque son oídos, no son percibidos y no permiten que la persona se haga consciente de ellos. Sin embargo, por la noche con la luz apagada, con una reducción significativa de todos los ruidos (este fenómeno descrito es más frecuente que se produzca en zonas tranquilas como una casa de campo o en un pueblo pequeño), y por tanto, con una casi anulación

de todos los estímulos externos, estos ruidos que no eran significativos ni percibidos durante el día, se ubican en el primer plano perceptivo, de modo que llegan a ser percibidos y a tenerse conciencia de ellos. Esto explicaría el motivo por el que se perciben de noche y no de día, a pesar de estar presentes en ambos momentos. Pero esto no lo explica todo, puesto que son ruidos y nada más, pero lo que se dice que se oye son pisadas, picaportes e incluso conversaciones ¿Qué sucede entonces? Como también se ha descrito antes, el cerebro construye la realidad a partir de los estímulos que percibe, internos y externos. En la noche, comienza a percibir unos ruidos que hasta entonces no habían sido conscientes. Sus características es que son nuevos, no son identificables y se producen de noche. El cerebro entonces comienza a construir la realidad que nos rodea y va estableciendo hipótesis de realidad que continuamente va ajustando. La primera hipótesis es que si no hay nadie, son ruidos nuevos, es porque algo se mueve en casa y por tanto tiene que ser una persona (si se tuviera perro o gato nunca se llegaría a este nivel), y dado que no se ha abierto la puerta a nadie ni se sabe de nadie que tenga llave y pueda entrar, la hipótesis más lógica sería que se trata de un ladrón. Todo ello es reforzado, si como en el ejemplo, hay un estado emocional de temor ante la noticia de la existencia de una banda que asalta las casas. De alguna manera, existe una predisposición a captar esa realidad, y a partir de ahí, se comienzan a priorizar aquellos ruidos que sean más compatibles con picaportes moviéndose, pisadas en la casa o incluso se asemejen a voces, de modo que como si de figuras de Rotschard se tratara se seleccionan y priorizan para ser percibidos aquellos ruidos que sean más compatibles con la hipótesis que más probabilidades tiene de producirse. Así, se va construyendo una realidad consistente en la audición de pisadas, picaportes que se mueven, e incluso voces que en sentido estricto podrían ser calificadas de alucinaciones. También se elabora un pensamiento compatible con las percepciones que se están teniendo, con el estado emocional previo y con los apriorísticos de la realidad de esa persona, y que consistiría en pensar que las pisadas, picaportes y conversaciones pertenecen a una banda de ladrones que está asaltando la casa, y que podría ser entonces calificado de delirio. De alguna manera el delirio se generaría como consecuencia de un esfuerzo cognitivo de la persona por dar sentido a esos estímulos extraños que percibe (Kapur, 2003). Esto supone, sin duda, una amenaza que pone en marcha una reacción de estrés, la cual lleva a una reacción vegetativa asociada, acompañado de insomnio, miedo, angustia y sentimientos de malestar. Además, va a poderse producir una conducta coherente con esa construcción de realidad, que podría ir desde una petición de ayuda a la policía (llamada telefónica), una huida de donde se encuentra, una inhibición completa que le puede llevar a un estado de casi parálisis en la cama o a enfrentarse directamente al problema, cogiendo un palo y levantándose a ver qué está pasando. Este podría ser un ejemplo de la génesis de la psicosis, el núcleo de la locura. El episodio descrito es tan habitual (aunque no universal) que no se puede hacer ningún diagnóstico de patología mental a quien lo describe, a pesar de tener todo un cortejo sintomático detrás. Su lógica

cultural haría que nadie calificase esta experiencia de un delirio que requería tratamiento. La inestabilidad del episodio, la recuperación rápida (como mucho al día siguiente) de la normalidad en el funcionamiento de la razón, y sobre todo, el que no se repita con frecuencia, y por tanto, la no afectación al normal funcionamiento de la persona, evita que la persona solicite ayuda por la red de salud mental ni que se la califique de loco. Sin duda, la persona va a vivir lo ocurrido como un episodio aislado, e incluso, atribuirá lo sucedido a que se encontraba medio dormido. Y de hecho, en ningún momento pondrá en duda su capacidad mental o temerá haber perdido la razón. Es decir, no tendrá ninguna conciencia del problema (falta de conciencia de enfermedad). Sin embargo, ha experimentado un episodio próximo a la psicosis, si no propiamente psicótico.

Un procesamiento similar de la información es lo que sucede en muchos casos de pacientes psicóticos. Imaginemos nuevamente el ejemplo anterior, pero en este caso la atención selectiva de la persona le permite poder oír durante el día esos ruidos. Son ruidos que como se dijo antes son reales, que para la mayoría o casi todas las personas son imperceptibles, pero puede suceder que para una persona concreta puedan alcanzar el primer plano de la significación estimular. Es decir, en su jerarquía estimular, en lugar de ser de baja o nula relevancia, están en los primeros puestos. Esto hace que los ruidos sean percibidos. Sin embargo, pronto comprueba que solo él los puede percibir, y que son difíciles de encajar con el resto de percepciones para construir la realidad. Es decir, oye ruidos, se vuelve y no ve nada. Pregunta y nadie oye lo que él. Vuelve a mirar y sigue sin ver nada. ¿Cómo integrar estos ruidos en esa realidad que le rodea? Pronto, y por un mecanismo similar al descrito arriba, comienza a dar incluso más relevancia a los ruidos que se aproximan a pasos, a cuchicheos, a ruidos de muebles. Todo eso le lleva a construir una nueva realidad consistente en que hay alguien más en la habitación, además de lo que ve directamente, que ese alguien se esconde, y lo hace de un modo especial que es imposible verle, es como si pudiera desmaterializarse. Pero ¿Quién podría tener la capacidad de atravesar la pared o perder la materialidad? Y aquí dependiendo de la cultura en que esté la persona pronto pensará en el diablo (Dios no necesitaría esconderse pues es bueno), extraterrestres con capacidades supra humanas (aprendidas de lecturas o películas) o similares (alucinación). Pero si el demonio está ahí o el extraterrestre, y solo una persona lo percibe es que quiere hacerle mal, lo cual contrasta con que eso no se materializa: delirio de persecución y perjuicio. O, por otra parte, si se trata de un extraterrestre y que solo la persona que sufre de esta situación lo percibe puede tratarse de que quiere comunicarse con él, darle un poder especial y capacidad para desenvolverse por el mundo, es decir, sería una persona con una misión especial, lo cual sin duda agrandará su autoestima y se sentirá incluso mejor (delirio de grandeza). Al igual que en el caso de las percepciones nocturnas de ladrones, en este caso se produce una completa certeza de lo que se está percibiendo y una construcción de la

realidad completamente coherente con lo percibido (falta conciencia de enfermedad). Además, la situación es tan excepcional que genera ansiedad, inquietud, preocupación e incluso sensación de extrañeza, especialmente mientras se va generando el delirio. Es decir, nos encontramos con un proceso prácticamente similar en el cuerdo (que puede tener un proceso psicótico aislado) y al que se diagnosticaría de esquizofrenia. ¿Qué es lo que realmente llevaría a diagnosticar a uno de loco y con el otro nada? En realidad en ambos casos ha habido una mala selección de estímulos, en ambos casos alucinaciones, también una ideación delirante, y ninguno de los dos tiene conciencia de enfermedad, al menos al comienzo. Esto de entrada nos pondría en una gran dificultad clínica asistencial y es que no se puede curar a quien no está enfermo y mucho menos se puede tratar a alguien que no quiere ser tratado, porque no se siente enfermo. Pero es aquí cuando puede comenzar a surgir cierta diferenciación en términos prácticos o clínicos, aunque no en la esencia definitoria ni en el establecimiento de una frontera entre la razón y la sinrazón. Lo que va a poder diferenciar ambos es que en un caso se va a producir una disfunción que le va a privar de una calidad de vida suficiente, que le va a generar un malestar general, y que le va a limitar en sus objetivos o proyectos vitales. ¿Pero quién juzga esto? Y aquí nuevamente surge el dilema, puesto que solo aquellos conscientes del malestar que les produce esa situación podrán acudir a la red de salud mental y recibir ayuda, mientras que el resto va a ser su entorno el que va a decidir que tienen limitaciones y será, como se señalaba anteriormente, difícil de ser tratado y mucho menos curado. Todavía esto se complejiza más si se tiene en cuenta que en algunos casos las alucinaciones y delirios tienen un origen principalmente emocional y que de algún modo se comportan sosteniendo a la persona en su conjunto.

En cualquier caso, y aceptando que hay personas designadas como locas frente a otras que no, por motivos no suficientemente aclarados, como se ha tratado de argumentar en este texto, surge la que probablemente pudiera ser la pregunta clave, desde una perspectiva asistencial, en todo este proceso argumental ¿Y cómo los tratamos? Parecería obvio que si lo que parece ser la mayor diferenciación entre el cuerdo y el loco es el malestar que le produce su situación y las limitaciones que tiene en cuanto a calidad de vida, proyecto vital y funcionalidad, el tratamiento no debería ser otro que el dirigido a mitigar su malestar, a proporcionar un proyecto vital, a incrementar su calidad de vida, y en definitiva a mejorar su funcionalidad. ¿Y es eso realmente lo que hacemos? Parece difícil entender que encerrarles en hospitales psiquiátricos o en cualquier tipo de unidad, anularles gran parte de sus pensamientos por medio de productos químicos, y fundamentar la asistencia en la hospitalización y cronificación, como se ha hecho en muchos lugares y todavía se sigue haciendo, no tiene ni razón ni justificación. Ni siquiera desde la perspectiva del DSM, para describir la enfermedad mental estarían justificadas estas prácticas, puesto que no van a tratar el problema que definen en el individuo sino a proteger a la sociedad ante una persona que pueda ser calificada de peligrosa, o cuanto menos de molesta. Por eso, y dado que

no tenemos la capacidad para discriminar entre el cuerdo y el loco, planteamos una propuesta de tratamiento, o mejor de acompañamiento, que se fundamente en las necesidades y valores de la persona en el que se eviten los encerramientos y con ellos el hospital psiquiátrico como se ha concebido hasta ahora, incluso tratar de limitar al máximo las hospitalizaciones y privaciones de libertad (incluso cuando es voluntaria[2]), usar el tratamiento psicofarmacológico como una herramienta para reducir o limitar el malestar y en ningún caso producir nuevos malestares (diabetes, extrapiramidalismos, incremento notable de peso, etc.) lo que requerirá tener como principio el uso de la menor dosis posible e incluso aceptar la posibilidad de finalizar o interrumpir el tratamiento, y sobre todo tener como objetivo principal, la llamada recuperación de la enfermedad mental, que deberá ser el principio rector de toda actuación. Entendiendo este concepto de recuperación como la adquisición por parte de la persona con enfermedad mental de un proyecto vital con el que se sienta identificado y le proporcione una funcionalidad y autonomía suficientes para desarrollarlo en libertad y con una calidad de vida aceptable (Emsley, Chiliza, Asmal, & Lehloenya, 2011; Warner, 2009).

Todo lo anterior debería servir para establecer tanto el papel del psiquiatra como la organización de la red de salud mental. En este escenario el psiquiatra tendrá un papel clave en el ámbito de la medicina, no tanto como el profesional encargado de diagnosticar y tratar las enfermedades del alma o psique como reclaman unos, ni tampoco debe constituirse como un neurólogo de la conducta, que solicitan otros. Su rol principal en el ámbito de la salud, debe ser poder comprender el cerebro no como una red de neuronas con un mejor o peor funcionamiento sino que debe ser capaz de integrar la emoción y en definitiva la significación de los estímulos (del mundo) de cada persona, en todo su funcionamiento y existencia. Debería entonces poder integrar el funcionamiento mecanicista del cerebro, con las emociones y experiencias de la persona y el contexto y ambiente en el que estas se desenvuelven. Pero no solo desde un punto de vista restrictivo de la enfermedad, sino desde la salud, sabiendo que todos los cuerdos pueden tener momentos de locura, y que todos los locos pueden tener momentos de cordura, para lo cual deberá saber aprovechar su conocimiento del funcionamiento de la razón o mente, para poder poner está al servicio de la salud. Y para ello no servirse únicamente de instrumentos biologicistas, sino saber trabajar desde el contexto del individuo y teniendo en cuenta las significaciones y emociones que le rodean, poder llegar a una mejora en el funcionamiento del cerebro, y por extensión, de todo el cuerpo, pues después de todo, no hay que olvidar que el cerebro es el auténtico órgano rector del cuerpo humano y que de su buen funcionamiento dependen todos los órganos corporales. Todos están dirigidos por neuronas y estas inician su funcionamiento en un cerebro que está en constante y permanente

[2] Cuestión esta que sería tema de un profundo análisis que excede los objetivos y pretensiones de esta monografía y que por ello se acepta de entrada la voluntariedad en la privación de libertad que se puede producir en las unidades de agudos, aunque conceptual y prácticamente es algo más que cuestionable.

actividad, parte de la misma se hace consciente, pero otra parte, no. Ese equilibrio entre el funcionamiento consciente y no consciente es el que puede ayudar a conocer más y mejor el funcionamiento del cuerpo y por tanto, el psiquiatra no debe ser un especialista enfrentado (o cuestionado) a todas las disciplinas médicas, sino el elemento integrador de todas ellas, el que da sentido al quehacer médico en cuanto agente de salud, y el que deberá poner de manifiesto que los límites entre la salud y la enfermedad, entre la razón y la sinrazón son tenues y lo son porque hay un cerebro multicondicionado que rige un cuerpo según unas leyes que aún no conocemos, pero que si progresivamente nos acercamos con mente abierta y aceptando todos los componentes existentes acabaremos por entender. Y ese debe ser y es el reto de la psiquiatría.

Igualmente, y en ese papel de vanguardia que he querido atribuir al quehacer psiquiátrico, la organización de la asistencia psiquiátrica ha de regirse por un modelo tendente a conseguir los objetivos del tratamiento de la enfermedad mental, tal como se ha indicado, y a constituir un apoyo real a todas las disciplinas médicas. Por tanto, no es sensato ni acertado el esfuerzo por muchos psiquiatras de querer empequeñecerse haciendo equiparar la enfermedad mental (exclusivamente humana) al resto de enfermedades médicas (que con frecuencia se encuentran también en muchos otros animales) y persiguiendo el reconocimiento de la medicina en su conjunto como una especialidad médica que trata enfermedades y no problemas de la vida cotidiana. Por el contrario, tiene que tomar el liderazgo de la atención, entendiendo que esta debe estar en el centro de la comunidad, en el que la persona enferma se encuentra, y no debe limitarse a perseguir objetivos de no enfermedad sino de salud, de salud mental que por extensión, también será física. Por tanto, su labor deberá ser desarrollada prioritariamente en la comunidad, sin que eso signifique, como muchos han hecho creer que es no hospitalaria. En la comunidad ha de significar que hay que estar en la propia comunidad, y por ello entiendo que el trabajo de los profesionales de la salud mental debe estar en los dispositivos más comunitarios, los centros de salud. No tiene ningún sentido los centros de salud mental ni los equipos de salud mental, puesto que los profesionales de salud mental deberán integrarse funcionalmente, y sin perder su identidad, en los equipos más comunitarios como son los de atención primaria. Convertirse no tanto en prescriptores de remedios biológicos sino de ir más allá, el de gestionar la enfermedad mental desde su inicio. Si no podemos separar cordura de locura, qué sentido tiene tratar esta. Lo verdaderamente importante es ser capaz de gestionar el malestar que puede producir el mal funcionamiento cerebral, sea locura o no, sea cordura o no. Y ese malestar se deberá gestionar disponiendo de todas las herramientas posibles como son la red social de apoyo (emocional y de servicios), el manejo de las emociones y el estilo con el que la persona afronta la realidad, y el modo en que funciona el cerebro. Y debe ser un buen gestor que evite desequilibrio en el uso de recursos, busque la eficiencia, y sobre todo,

no pierda los objetivos de su actuación: dotar de un proyecto vital y autonomía a la persona que lo ha perdido. Y llegando hasta donde las capacidades y recursos lo permitan. Por lo mismo, deberán limitarse al máximo las hospitalizaciones que lejos de reducir malestar, en muchas ocasiones lo incrementan y por supuesto, no ser cómplices de lo que a decir de Szasz constituiría un instrumento de control social. Evitar la dependencia y sumisión de la persona, evitar la compasión y la aceptación de su estado como una situación crónica. Se trata de superar las limitaciones a las que toda persona se enfrenta desde la construcción de un proyecto y no solo la eliminación de los síntomas. No se trata de un cierre radical de los hospitales psiquiátricos ni unidades de psiquiatría sino de la reducción de estancias hospitalarias tanto como sea posible (buen indicador de una asistencia psiquiátrica podrá ser el número de estancias por habitante), y con equipos de apoyo comunitario intensivo como los equipos asertivos comunitarios que garanticen un buen uso de todos los recursos descritos arriba y que deben estar en manos de los profesionales de la salud, para aquellos pacientes o usuarios con una mayor necesidad de apoyo. Se trata de evitar algo que en el ámbito de la atención a la enfermedad mental se da con bastante frecuencia y que Hart definió como una importante paradoja de la asistencia en salud: que el uso de lo sanitario varía en sentido inverso a las necesidades de la población, indicando que se da más atención a quién más lo demanda y menos a quien más lo necesita. En este caso, el equipo asertivo comunitario debería ser el encargado de garantizar que no se cumpla esta paradoja, y garantizar la continuidad de cuidados a quien más lo necesita.

En definitiva se trata de orientar toda la red asistencial hacia el objetivo de recuperación del proyecto vital de todas aquellas personas a las que la estadística, la designación social, o incluso las circunstancias han hecho que sean diagnosticadas (o a veces etiquetadas) de locos.

Finalmente, y como complemento a toda la exposición realizada se plantearán una serie de ejemplos de la vida cotidiana, algunos posiblemente muy sorprendentes para el lector que jamás se haya adentrado en estos temas, en los que se pone de manifiesto la dificultad en establecer límites precisos entre la razón y la sinrazón. Para ello acudo a la existencia de personas que han pasado a la historia como genios pero quizá fueron más locos que cuerdos; a episodios y experiencias personales muy frecuentes entre los seres humanos cuya explicación por la vía de la cordura resulta más que difícil como es el enamoramiento; y a situaciones o acontecimientos sociales que no por frecuentes, deberían pasar inadvertidos al análisis de la cordura. Todos ellos deben servir, o al menos así lo pretendo, para llevar al ánimo del lector el poco espacio que existe entre la cordura y la locura. Si se consigue esto, habré conseguido el objetivo de esta monografía que es cambiar la mirada hacia el loco, evitar ver la locura como algo ajena a nosotros mismos, y comenzar a considerar la locura como algo que

está en la misma esencia de la persona humana. Es momento de no estigmatizar más a personas a las que en muchos casos el destino las ha convertido en locas, es momento de aceptar la existencia de la locura de una forma normalizadora y participar en facilitar la participación de los locos en nuestra sociedad. Con ello todos, no solo los locos, recuperaremos una parte de nuestra propia existencia y contribuiremos a una forma de vida más humana.

Sócrates.

Sócrates es probablemente el filósofo más famoso de la historia, y considerado el padre de la filosofía. Sus enseñanzas y propuestas aún hoy son útiles a pesar de haber nacido en el año 469 antes de cristo en Atenas. Toda su vida la pasó en la ciudad en la que nació y no se tiene constancia que viajase al extranjero. Sin embargo, un primer aspecto que llama la atención es que nunca escribió nada de sí mismo, sino que han sido otros los que han escrito sobre sus enseñanzas y puntos de vista. Fue sin duda un personaje de su época, que con sus continuos cuestionamientos sobre las creencias del momento, su constante búsqueda del autoconocimiento y su personalidad excéntrica, fue de gran influencia para sus contemporáneos y clave para el posterior desarrollo de la filosofía.

Una de sus características más llamativas fue el considerar la utilidad de formular grandes preguntas a las personas normales con las que se encontraba mientras caminaba por las calles de Atenas. Sócrates utilizaba estas conversaciones para analizar los problemas diarios. Esta actuación la realizaba como un servicio al Dios Apolo, y como mecanismo para buscar la verdad. Estaba convencido de que las personas podían equivocarse aun cuando ostentaran cargos importantes y defendieran creencias en las que la gran mayoría de las personas habían creído firmemente durante siglos. La razón era sencilla: no habían examinado sus creencias de forma lógica. En realidad consideraba que los supuestos sabios no lo eran tanto, y que realmente no se habían cuestionado el origen o principios de su conocimiento. Normalmente empleaba la ironía y hacerse pasar por ignorante para recibir explicaciones de su contertulio para luego ir contra argumentando a este sobre sus creencias o postulados. Este proceder le costó la vida, siendo condenado a morir en el año 399 antes de cristo acusado de corromper a menores y cuestionar la veracidad de los dioses y creencias de su tiempo.

Sócrates estableció que aunque tiene cierto valor hallar la afirmación de los supuestos y las creencias actuales, el aprendizaje más útil tiene lugar a través de la falsación. La falsación requiere la disciplina de la razón y la verificación de hipótesis. ¿Cuáles son los supuestos que sustentan esta proposición? ¿Qué datos o pruebas necesitaríamos para demostrar que esos supuestos son falsos? ¿Qué creemos que es cierto y de hecho es falso? ¿Qué creemos que es falso y de hecho es cierto? Éste era el tipo de preguntas que planteaba Sócrates, y proporcionaban la base para conversaciones rigurosas y racionales y guiaba a los líderes hacia preguntas potencialmente propulsoras.

En una primera aproximación al personaje, del cual prácticamente todos sabemos algo, se nos presenta como una persona muy conocida por todo el mundo, no solo en los ambientes filosóficos, y especialmente admirado por sus colaboradores y alumnos. Esto es lo que permitió que se haya tenido conocimiento de su obra, ya que su enorme singularidad hizo que muchos contemporáneos y sucesores escribieran mucho sobre él. Sin embargo, más allá de su obra, un pausado acercamiento a Sócrates, pronto pone de manifiesto la excentricidad. Así, Alcibíades, una persona muy cercana a Sócrates dice lo siguiente: "Pero este hombre aquí es tan extravagante y bizarro, sus ideas y forma de actuar es tan poco usual, que, nunca se podrá encontrar a nadie como él, ni vivo ni muerto, ni siquiera que se le parezca" (Plato,Symposium 221d). Otra característica diferencial de Sócrates es que los paseos que realizaba en los que efectuaba todo tipo de preguntas los hacía descalzo como signo de austeridad y pobreza, pues así concebía que debiera ser. En esta línea, es interesante destacar lo que Aristophanes dice en su libro Pájaros (1280–1283) en el que destaca que imitar a Sócrates es parecerse a los espartanos y "tener el pelo largo, ser pobre, sucio y llevar un palo".

Otro aspecto característico de las conductas extravagantes de Sócrates lo encontramos en su diálogo con Fedro en el que la mayor parte se sienta portando una manta en su cabeza mientras habla, para no perder la compostura cuando mira a Fedro (Plato, Fedro 237a).

Resultaba también llamativo el que consideraba que tenía una misión divina que hacer en el mundo. Incluso, hizo mención a que percibía una voz profética que le enviaba mensajes y le conducía por el camino más correcto. De hecho en la Apología, Sócrates describe todo esto refiriendo: "Yo tengo una misión divina o espiritual, que Meletus ha ridiculizado en su exposición. Pero esto comenzó cuando era niño. Es una voz, que cuando habla me dirige hacia lo que tendría que hacer, aunque nunca me obliga a hacer nada".

Incluso se plantea que Sócrates pasa por episodios en los que se encuentra estuporoso durante largos periodos de tiempo, en los que no hace comentario alguno. Un ejemplo de lo que le sucede lo encontramos en el Symposium de Platón: primero oímos que uno de los huéspedes en el symposium, Aristodemus, ha perdido de vista a Sócrates. Entonces, el anfitrión Agathon envía a un esclavo para recogerle, pero el vuelve sin él y dice: he estado a la entrada de la casa vecina, y él está allí, pero no quiere venir a pesar de llamarle varias veces. Y allí permanece, y el solo vuelve a mitad del camino a por su comida (175a–c).

Con todo lo expuesto hasta ahora, si como psiquiatras nos traen a consulta a una persona que anda descalza por la calle, haciendo preguntas a todo el que se cruza con él y poniendo en interrogante todas las creencias y convicciones de este momento, y que además dice oír una voz que le orienta y asigna un origen semidivino a lo que hace, la actuación clínica es clara. Lo primero sería sospechar un proceso psicótico,

ante lo cual esta persona lo negaría y lo justificaría diciendo que únicamente vaga por la ciudad, abriendo las mentes al conocimiento puesto que es la persona más sabia del país. Además, al recoger la anamnesis sobre su conducta por personas que le conocen bien, se confirmaría que mantiene conductas extravagantes como pasear descalzo y tiene un evidente descuido de su cuidado personal (pelo largo y a veces sucio) e incluso pareciera ser amenazante para los ciudadanos no solo por cuestionar las ideas del momento sino por pasearse con un palo. Incluso, podrían describir algún episodio protagonizado por Sócrates en el que caminaba descalzo por la nieve, a veces grandes distancias. Incluso, se puede describir la existencia de episodios en que se queda mutista e inmóvil, aunque esto nos haría descartar o complementar el diagnóstico con el de epilepsia, que es el diagnostico que más frecuentemente se ha empleado en la literatura, probablemente por el estigma hacia la enfermedad mental que haría impensable que un genio fuese a la vez un loco, y lo que probablemente eran episodios catatónicos, fueron catalogados de crisis epilépticas. Y todo ello sin tener en cuenta el suicidio posterior, ni el que desde el primer momento había manifestado una falta de temor a la muerte, ni el que renunciase a salir de Atenas para continuar vivo, prefiriendo morir a irse de la ciudad. Sin duda, todo esto contribuiría a confirmar el diagnóstico.

En realidad, y desde una perspectiva psicopatológica, Sócrates era una persona en la que se podrían encontrar.

1. Alucinaciones auditivas: la voz que le habla.
2. Ideación delirante megalomaniaca: creerse el más sabio de la ciudad
3. Conducta y comportamiento claramente bizarro: ir descalzo por la nieve, acompañarse de un palo en sus caminatas, dirigirse a todo el mundo con tono irónico.
4. Conducta desorganizada con una reducción significativa de los cuidados: está sucio, pelo largo y descuidado.
5. Episodios de mutismo e inmovilidad.

Teniendo en cuenta lo anterior, la aplicación tanto de la CIE-10 como del DSM-IVR permitirá alcanzar sin dificultad el diagnóstico de esquizofrenia. Pero esto no solo es algo que podríamos hacer hoy en día, sino que psiquiatras de la talla de Pinel (1818) o Zilboorg (1967) que se interesaron por la figura de Sócrates, le calificaron de loco o enfermo de esquizofrenia.

En este sentido, hay que significar que la esquizofrenia fue descrita por primera vez por Emil Kraepelin en 1896. La palabra esquizofrenia viene del verbo griego “schizein”, cortar, y expresa la idea de que la esencia del problema es la disociación de las funciones psíquicas (Musalek, 2005). Es decir, según Bleuler no se trataba de una enfermedad única definida por su evolución, sino de un grupo de estados que tenían en común una alteración psicopatológica (Musalek, 2005). Aquí ya se reflejaba todo lo

que ha tratado de revisar en la descripción que se ha querido hacer de la locura. De hecho, en las ideas de Bleuler se pueden distinguir dos planos: descriptivo e interpretativo (Musalek, 2005). La esquizofrenia se describe como un síndrome, caracterizado por síntomas fundamentales y accesorios (Musalek, 2005). Los fundamentales siempre están presentes, en todas las formas y en todos los estadios. Son los trastornos de las asociaciones, de la afectividad, la ambivalencia y el autismo (se les ha llamado desde entonces las cuatro A) (Musalek, 2005). Y sobre lo interpretativo toda la sintomatología tiene un significado y no se trata de pensamientos o ideas al azar. En cualquier caso, y siguiendo las descripciones más clásicas de la esquizofrenia, como la de Bleuler, se observa el motivo por el que numerosos autores que han estudiado el personaje consideran a Sócrates como una persona con esquizofrenia, puesto que en él se identifican problemas o trastornos de la afectividad, tendencia al aislamiento y autismo, pérdidas de las asociaciones e incluso de contacto con el entorno, así como una importante ambivalencia.

Sin embargo, hay algo en todo esto que resulta sorprendente, y es que a pesar de lo anterior, se trataba de una persona que era admirada y respetada por prácticamente todo el mundo. Evidentemente, y como destacan Skoldar y cols., el que llevara una vida sin preocupaciones económicas ni estrés, y que no se viera acosado por el entorno, podría haber intervenido en favorecer su recuperación (Skodlar & Jørgensenc, 2013). De hecho, se ha comprobado en pacientes que se encuentran viviendo en condiciones favorables que pueden conservar su creatividad, e incluso se plantea cierto solapamiento entre la esquizotipia y la creatividad, pudiendo influir positivamente la primera sobre la segunda (Nelson & Rawlings, 2010). Este aspecto es muy interesante puesto que nuevamente se encuentra un solapamiento entre la cordura y la locura. El estudio de Nelson realizado sobre un grupo de 100 artistas comprobó que lo que más caracterizaba la creatividad es su cercanía a la psicosis, pudiéndose asociar los rasgos psicóticos con ser más creativo. Esto podría explicar el caso de Sócrates, pero además, establece nuevos interrogantes sobre los límites de la razón. Además, se podría atribuir a Sócrates cierta pérdida del sentido común, de no considerar e incluso ironizar sobre los principios generales aceptados por todo el mundo, lo cual lógicamente conduce a la persona a cierto malestar que produce el efecto tranquilizador del sentido común. Como se ha dicho en esta monografía, la alteración en la jerarquía estimular, lleva a la persona a percibir estímulos diferentes al resto, a construir una realidad diferente, y consecuentemente a la falta del llamado sentido común y a la inestabilidad de una realidad no compartida ni establecida. Esta es probablemente una de las influencias más importantes para crear el malestar, miedo e inquietud asociado a la esquizofrenia, que podrá dirigirse en unos casos a la creatividad, como el caso que nos ocupa alcanzando la genialidad, o en otros casos a cierto bloqueo y desconexión con el mundo. El caso de Sócrates podría servir de ejemplo para intentar que la persona con esquizofrenia vuelva a interesarse por lo que

le rodea, se le apoye en esa desestabilización que le produce la falta de sentido común, y en definitiva se le dirija hacia la normalización.

Asimismo, a primera vista puede también resultar sorprendente para los no familiarizados con el mundo de la sinrazón, que se puede plantear el diagnóstico de esquizofrenia a una persona caracterizada por ser supra racional. Nuevamente, se cuestionan los límites entre la cordura o razón y la locura. De hecho y desde una perspectiva psicopatológica y fenomenológica, la excesiva racionalidad de Sócrates podría incluso apoyar el diagnóstico, ya que está suficientemente bien documentado el que la búsqueda de explicaciones por todo lo que sucede alrededor incluso por los detalles más insignificantes puede caracterizar una tipología de esquizofrenia, conocida como hiperreflexividad (Sass & Parnas, 2007). De hecho tenemos que tener en cuenta que el funcionamiento lógico del pensamiento en la esquizofrenia se puede conservar, siendo el razonamiento práctico y asociado al sentido común el que se ve más afectado (Owen, Cutting, & David, 2007). No pocas personas con esquizofrenia relatan o describen su problema como una falta de pragmatismo, quedándose habitualmente en los aspectos teóricos y sin ser capaces de manejar los aspectos prácticos. Esto sería coherente con la alteración propia de la esquizofrenia para el establecimiento de una jerarquía correcta en la selección de estímulos. Como se indicó antes la persona con esquizofrenia tiene afectada lo que se ha denominado racionalidad práctica o sentido común, pero eso no le invalida para tener una adecuada racionalidad teórica, es decir, desarrollar una lógica correcta al margen de los contenidos, o con contenidos inadecuados, como lo que le sucede en la mala selección de los estímulos que le rodean: tanto externos como internos. Pero además, y como se ha comentado en diversos párrafos de esta monografía, ni el cuerdo es siempre cuerdo, ni el loco es siempre loco, con lo cual no se debe negar a la persona con esquizofrenia de un pensamiento racional, ya que en todas las personas conviven en grado diverso el pensamiento racional y no racional.

El conocimiento de la vida de Socrates recuerda a no pocos pacientes, pero en mi caso a uno en especial J.M.F., quien de forma similar al creador de la filosofía, dedica todo el día a pasear, pensar sobre explicaciones del mundo, y que se autodefine como metafísico. Esta persona dice haber fundado el partido comunista vertical, que va a cambiar el modelo de sociedad en España, y ha desarrollado multiples teorías como por ejemplo la de Espacios-Términos. Entre sus aportaciones está la realización de una teoría cósmica del origen del ser humano, ha descubierto un fármaco para la enfermedad de Parkinson, establece cual debe ser el modelo de sociedad, y plantea una revolución que acabe con el sistema político actual. De forma sorprendente, integra perfectamente su realidad, muy limitada puesto que es huérfano y carece prácticamente de toda red social de apoyo y con unos ingresos mínimos que hacen que viva en un piso supervisado para personas con enfermedad mental, y su

percepción de sí mismo como presidente del partido vertical, creador de múltiples teorías sobre la vida y amigo de muchos famosos pensadores del momento. Incluso, ha sabido integrar la necesidad de tomar medicación con atribuirla a un Parkinson que le obliga a tomar medicación y a veces le limita el pensamiento. Los sentimientos y percepciones de malestar los somatiza a través del supuesto Parkinson o de una enfermedad cardiaca que constituye la razón de ir a urgencias cuando se siente mal. Por supuesto, no acude a ninguna consulta de psiquiatría puesto que su conciencia de enfermedad mental es nula. Durante unos años, estuvo fuera de nuestro área asistencial, y recuerda que cada vez que iba a urgencias por el problema de corazón acababa ingresado en psiquiatría y con un diagnóstico de esquizofrenia. Eso le llevo a volver a Zamora, puesto que se veía acosado por la psiquiatría de quererle diagnosticar de esquizofrenia. Para enfrentarse a esta situación su planteamiento ha sido y es considerar que la esquizofrenia no existe y todo es un montaje represor de control social para dar trabajo a los amigos del gobierno. En esto, sus explicaciones no distan mucho de las que Szas ha publicado sobre la psiquiatría (ya comentadas). El motivo por el que vuelve a Zamora, es porque al ser natural de esa provincia, en uno de los ingresos en que no tenían camas deciden el traslado. El paciente fue por un amago de angina de pecho y tras sedación despertó en la unidad de psiquiatría de Zamora. Poco a poco se obtuvo la confianza del paciente y se trasladó a Zamora ya que, como se indicó antes, se sentía acosado. Actualmente, acude regularmente a consulta, en algunos periodos a diario, en el que cuenta sus últimos avances, nos trae sus ultimas tesis y ensayos sobre el cosmos, la sociedad, etc… y recibe por nuestra parte comentarios sobre todo ello. Vive en un piso supervisado y desde el punto de vista de conducta nunca hubo problemas ni con vecinos ni con las fuerzas de orden público. Su apariencia extravagante, con poco cuidado, el tono de voz alto, incluso en ocasiones desafiante al considerar que su partido no ha sido tenido en cuenta para promulgar una ley, y la vida bastante desorganizada, hace que resulte una persona peculiar y conocida por el área en que vive. Toma medicación pero en pequeña cantidad ya que enseguida le produce efectos secundarios, habitualmente de tipo extrapiramidal, que hace que lo viva como una reagudización del parkinson y que la medicina le está sentando mal. Incluso en una ocasión en que tomó más y mucho de esta vida fantástica desapareció, el paciente entró en una profunda depresión con ideas de muerte y completa inhibición. Dedica prácticamente todo el día a leer filosofía (Kant, Hegel, Nietsche, figuran entre sus favoritos) y desarrollar sus teorías del mundo. La forma de expresión habitual era mediante escritos que nos traía y que luego comentaba con nosotros, pero a veces era insuficiente, pues no siempre teníamos la disponibilidad y tiempo que el precisaba. Se ideo el desarrollo de una radio comunitario que fuera su vehículo de expresión habitual, pero el intento de compatibilizar la radio comunitaria como un instrumento de integración de las personas con enfermedad mental, y sus intereses que comenzaban en la máxima que la enfermedad mental no existe, hizo que fuera un instrumento no válido para él. Hace

poco una residente de psicología ideó construirle un Blog en el que expresara sus ideas y pensamientos, y ha sido un éxito de aceptación por parte del paciente. Ahora, el paciente vehicula todas sus ideas y creatividad por el blog, responde y hace preguntas sobre todo lo que nos rodea, hace propuestas, e incluso recomienda lecturas y música. Igualmente, hace seguimiento de quien visita el blog y trata de hacerlo atractivo. La percepción de internacionalización de sus ideas, comprobar que cada vez tiene más visitas, y la inmediatez y feedback del blog, hace que esté adaptado y feliz con lo que hace. Evidentemente, la mayor parte de sus ideas son difíciles de aceptar en la sociedad actual, pero el paciente encuentra su desarrollo persona, convive con su comunidad y está suficientemente contento con su vida. En definitiva, tiene un proyecto vital, consistente en comunicar sus ideas e interaccionar con los lectores. Ahora, cuando viene está poco tiempo pues está ocupado en el blog de cada día. Desde un punto de vista psicopatológico es un caso claro de esquizofrenia paranoide con un delirio asociado a su condición de metafísico en el que integra episodios pasados de su vida que no son reales; tiene una vida y discurso muy desorganizado, con cierto abandono del cuidado personal; no alcanza la funcionalidad social suficiente por cuanto precisa de una pensión y el control de esta para poder sobrevivir. Pero, los psicofármacos nunca le han ayudado en su bienestar o estabilización. Ha sido el poder expresar sus ideas lo que le está normalizando y en definitiva lo que está permitiendo la recuperación de la persona y el que se sienta bien consigo mismo. Es un caso, como el de Sócrates, en el que lo importante es que encuentre un vehículo propio de expresión para sus ideas. Quizá sean ideas que actualmente resultan difíciles de comprender pero que hasta puedan tener su valor en el futuro. A diferencia de Sócrates no tiene seguidores, pero sus comportamientos no distan mucho de los del maestro. Saber adaptar las intervenciones a las necesidades de la persona, y aceptar que los límites entre la cordura y la locura no son tan claros, permite la estabilización de esta persona. Hasta entonces se había encontrado huyendo de los servicios de psiquiatría y hospitales, sintiéndose perseguido, mientras que ahora siente cada día que tiene algo que hacer, y su comportamiento y organización incluso mejoran, hasta el punto que sus ideas, sus comportamientos y su expresión es también más normalizada.

En consecuencia, y desde una perspectiva asistencial, parece que el estilo de vida socrático en el que la persona puede desarrollar su propio proyecto vital se asocia con la recuperación de la enfermedad mental. El que Sócrates pudiera avanzar en su proyecto vital, y no lo abandonase, que pudiese desarrollar toda su creatividad y no se viese limitado por los condicionamientos sociales, le permitió convivir con su esquizofrenia sin disfuncionalidad para él ni para su entorno. Responde a un tipo de pacientes que se alejan de los valores normativos, que tratan de encontrar una posición específica en la sociedad (voluntarios o consejeros de alguien) y con un estilo de vida diferenciado al que le confieren un carácter divino o trascendente, y que son

los que al final tienen un mejor pronóstico en términos de ingresos y calidad de vida (Corin, 1990). Es decir, estaba recuperado. No precisó de antipsicóticos para conseguir ser el más importante filósofo de la historia, incluso podríamos aventurar que lo pudo ser porque no existían los antipsicóticos. Pero tuvo la oportunidad de vivir en una sociedad permisiva para los pensamientos y comportamientos transgresores, al menos durante un tiempo, lo que le permitió llevar una vida útil y fructífera tanto para él como para su entorno e incluso para las generaciones posteriores. Pero para lograr este objetivo asistencial, será importante:

- Intervenir en lo social, tratando de evitar la estigmatización que sufre la esquizofrenia y que en este caso Sócrates no sufrió, al menos en la mayoría de su vida, ya que finalmente tuvo cierto padecimiento como consecuencia de la intolerancia con el diferente.

- Intervenir en lo individual, favoreciendo el desarrollo de su creatividad, aceptando y apoyando a la persona en su modo de ver el mundo. Y sobre todo valorándolo como persona, tanto en sus valores individuales como en su modo diferenciado de ver la realidad. No se trata de restringirle su perspectiva sino aceptarla. En el caso del paciente que se ha presentado, inicialmente se mantuvo estabilizado mediante la supuesta realización de libros y tesis que entregaba, y ahora a través de un blog en el que centraliza toda su productividad y del que recibe un refuerzo inmediato a través del número de seguidores.

- Intervenir en su malestar, y aquí se tiene que reconocer el importante papel de los antipsicóticos o de los psicofármacos en general. Este no fue un beneficio que pudo encontrar Sócrates pero tampoco le fue un perjuicio. Y esto lleva a la necesidad de dirigir el tratamiento psicofarmacológico hacia la normalización, tratando de contrarrestar el malestar, evitar la pérdida cognitiva y reducción de la creatividad (como elemento casi director en su empleo), limitar al máximo los efectos secundarios y tratar de favorecer una mayor funcionalidad. Esto pasa por utilizar la dosis mínima eficaz y un tratamiento cómodo libre de efectos secundarios. Y por supuesto evitar más medicación para contrarrestar estos. Igualmente, en el caso que se describe el empleo de antipsicóticos se reduce al máximo, habiéndose comprobado como cuando la dosis es excesiva, pierde su productividad psicótica y entra en un cuadro negativista y apático en el que su calidad de vida se ve afectada e incluso surgen ideas de suicidio. Por ello, hoy sabemos que su recuperación pasa por una dosificación baja de medicación antipsicótica y aceptar su producción de sintomatología positiva.

Como señalan Skodlar y Jorgensenc la cuestión relevante no es si Sócrates tenía esquizofrenia o no, sino que hay pacientes con síntomas de tipo socrático a los que

habría que ayudar a desarrollar toda su capacidad e incluso hasta aprender de ellos, en lugar de estigmatizarles con la etiqueta de loco (Skodlar & Jørgensenc, 2013). En el caso real presentado eso se ha logrado con el empleo de una tecnología, que lógicamente Sócrates no dispuso. Por tanto, se debería estar no solo pendientes de lo que no tienen sino también de lo que tienen, sabiendo que disponen de una perspectiva del entorno y de la vida que quizá no podamos alcanzar. Incluso, y como Skodlar y Jorgensenc sugieren todos deberíamos pensarnos dos veces antes de decir jocosamente que los pacientes siguen una pseudofilosofía o ser tan cortos de mente como en su momento lo fueron los atenienses para sentenciar a muerte algo que ha resultado ser de gran valor, tanto que es probablemente el filósofo más grande (Skodlar & Jørgensenc, 2013). Y por ello, el primer paso, como personas cuerdas, debería no ser tan crítico con las personas designadas como locas o esquizofrénicas y por supuesto evitar su exclusión, su ridiculización y su estigmatización, y recordar que en realidad son personas con enfermedad mental, donde lo principal es su condición de persona.

Se ha presentado aquí el caso de Sócrates que es un ejemplo que puede servir para comprobar que la locura y cordura distan poco. Probablemente algún lector se haya sorprendido de saber que Sócrates cumple con los criterios de esquizofrenia del DSM, y que a la vez es considerado uno de los filósofos más grandes de la historia. La razón es muy clara: los límites de la razón son muy poco claros y cualquier frontera que se ponga solo será para excluir, dividir y en definitiva, marginar a un grupo de nosotros, pues como tal son personas a las que se deberá dar la oportunidad de permitirles derechos y obligaciones, y abandonar el paternalismo incapacitante en el que muchas veces se ha convertido la sociedad, empleando como instrumento el estado (de bienestar). Lo que hay que darles y facilitarles es la oportunidad de participar, de ser uno más, y no renunciar a su perspectiva diferente. No se trata de institucionalizarles, no se trata de desarrollar leyes que obligue a un tratamiento, no se trata de alejarlos del resto de personas, sino de compartir, ayudar e incluso aprender de su forma diferente de ver las cosas, y sobre todo, entender que entre la cordura y la locura hay tan escaso límite que no es infrecuente que cualquiera que hoy es abanderado de la estigmatización y tratamiento obligado de las personas con esquizofrenia, cruce el escaso límite hacia la psicosis aunque sea transitoriamente. Porque acaso ¿Se puede ser más cuerdo e inteligente que Sócrates?

El enamoramiento.

A diferencia de la creencia generalizada de que el enamoramiento es un fenómeno impredecible y aleatorio, un número creciente de científicos sociales van construyendo diferentes modelos teóricos que describen y explican el enamoramiento. Las características principales del enamoramiento, como sucede con cualquier estado de la persona, se podrían describir a través de sus síntomas, los cuales según la mayoría de autores son:

- Intenso deseo de intimidad y unión física con el Individuo (tocarlo, abrazarlo, besarlo, relaciones sexuales). Y necesidad de estar con la persona.
- Intenso deseo de reciprocidad (que el Individuo también se enamore del sujeto).
- Intenso temor al rechazo.
- Deseo de hacer planes futuros con la persona, planear viajes, acontecimientos o futuras acciones juntos.
- Pensamientos frecuentes e incontrolados del individuo que interfieren en la actividad normal del sujeto.
- Pérdida de concentración.
- Fuerte activación fisiológica (nerviosismo, aceleración cardíaca, etc.) ante la presencia (real o imaginaria) del individuo. Las personas más sensibles ante la persona amada reaccionan con sudoración, pulso acelerado, tartamudeo, aumento de la presión arterial, risa floja, taquicardia, alteración de la percepción del tiempo, dolor o ansiedad en el estómago
- Hipersensibilidad ante los deseos y necesidades del otro. Agradar a la persona amada se convierte en la mayor ilusión.
- Atención centrada en el individuo. Pensar a cada momento en la persona amada, volviéndose una obsesión.
- Admiración de la persona con idealización del Individuo, percibiendo sólo características positivas, a juicio del sujeto, o incluso valorar características positivas que la persona no tiene.
- Incluirla en sueños (no necesariamente eróticos).
- Distorsión en la percepción del tiempo. La ansiedad da la idea de un paso más lento y el júbilo, de un paso más rápido.
- Cualquier situación o circunstancia le recuerda la persona amada.
- Ansiedad de estar junto a ésta y al estarlo, no querer separarse.

La mayoría de los lectores o ha estado enamorado alguna vez o conoce a alguien que lo ha estado, y habrá podido identificar muchos de estos síntomas en el enamoramiento. En realidad, la mayoría de ellos se ven en cada caso. Y si se me

permite, añadiría uno que con frecuencia circula entre la mayoría de personas, que es la ceguera del amor: “el amor es ciego”, que justifica la sobrevaloración que hace la persona enamorada hacia su ser amado, contrariamente al valor que le concede la razón, habitualmente en posesión de amigos y entorno de personas del enamorado.

En cualquier caso, en la mayor parte de situaciones y contextos el encontrar el amor, el enamorarse constituye una suerte que se acompaña de felicitaciones, de celebraciones que ensalzan el amor, como es el matrimonio, y de miles de películas, libros y música, que lo veneran y lo anhelan. Tanto que la falta de capacidad para enamorarse o no encontrar un amor, se vive como una desgracia del más alto nivel. Por eso, cuando se habla de esquizofrenia, se podría decir que ésta, aparentemente, se ubicaría en el lado opuesto del enamoramiento: la esquizofrenia se asocia a una desgracia para quien la padece y su familia, mientras el enamoramiento se asocia a alegría, suerte y felicidad. Tan lejos están que se podría presentar como una necedad pretender buscar cualquier tipo de comparación. Siguiendo la argumentación de esta monografía, quizá pudiese ser complicado establecer la frontera entre la cordura y la locura, pero sería bien sencillo hacerlo entre el enamoramiento y la esquizofrenia (locura). Sin embargo, veamos que sucede si profundizamos en ambos conceptos y los tratamos de comparar.

Como se ha dicho previamente, resulta difícil definir la locura, si bien, lo más consensuado, aunque con matices, que se ha logrado hasta ahora por lo que se podría nominar la psiquiatría oficial es el DSM (Manual Diagnóstico Estadístico de Enfermedades Mentales). Pues bien, la esquizofrenia en el DSM-IVR viene caracterizada por los siguientes criterios diagnósticos (American Psychiatric Association, 2000):

A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

1. ideas delirantes
2. alucinaciones
3. lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia)
4. comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
5. síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia

Nota: Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

B. Disfunción social/laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia,

fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivos y del estado de ánimo: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

A partir de estos criterios diagnósticos se va a realizar el ejercicio de intentar solapar la sintomatología propia de la esquizofrenia y la del enamoramiento y ver qué sucede. Para hacerlo más comprensible se ha elaborado una tabla que trata de recoger a partir de los criterios empleados para el diagnóstico de esquizofrenia, ver si una persona enamorada, y en base a los síntomas del enamoramiento, podría cumplir con el diagnóstico de trastorno esquizofrénico. Evidentemente, con esta propuesta no se pretende buscar un diagnóstico de esquizofrenia para todos los enamorados, que sería un planteamiento absurdo, sino poner de manifiesto dos cuestiones planteadas en esta monografía: la proximidad entre un comportamiento normalizado como el enamoramiento y la esquizofrenia; y el efecto de la emoción sobre la persona, que en determinadas circunstancias y contextos pueden hacer que la persona pueda comportarse de forma no razonable.

En la Tabla adjunta, se confirma que considerando los síntomas de enamoramiento, se cumplirían los criterios diagnósticos de esquizofrenia, con lo que si se prescindiera de la cultura en el que nos encontramos, en el que claramente el

enamoramiento es incluso adaptativo, se podría llegar al diagnóstico de esquizofrenia de la persona enamorada sobre todo si lo está durante más de seis meses, y por el contrario el empleo de antipsicóticos podría dar fin al estado de enamoramiento.

Criterios Diagnósticos de Esquizofrenia (DSM)	Enamoramiento
Ideas delirantes	Idealización del Individuo.
Alucinaciones	Cualquier situación o circunstancia le recuerda la persona amada.
Lenguaje desorganizado	
descarrilamiento frecuente	
Incoherencia	*En ocasiones un discurso incoherente en torno a la persona amada.*
Comportamiento gravemente desorganizado	Distorsión en la percepción del tiempo
Síntomas negativos	Atención centrada en el individuo. Pensar a cada momento en la persona amada, volviéndose una obsesión.
aplanamiento afectivo	*Ensimismamiento. Falta de interacción cuando la persona amada no está.*
Alogia	Pérdida de concentración
Abulia	*Falta de motivación fuera de ver y estar con la persona amada.*
Disfunción social/laboral	Pensamientos frecuentes e incontrolados del individuo que interfieren en la actividad normal del sujeto
el trabajo	Por la falta de concentración y falta de iniciativa.
las relaciones interpersonales	Ansiedad de estar junto a ésta y al estarlo, no querer separarse.
el cuidado de uno mismo	Abandono de sí mismo cuando no está presente la persona amada (contrarrestado por un exceso de autocuidado cuando está presente)
Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses	*Es de esperar que dure al menos 6 meses, aunque esto no siempre ocurre.*

Pero lo importante, no es el que haya o no solapamiento de síntomas, que se ha visto que los hay, sino cual es el mecanismo por el que se produce y como se expresa.

Como se ha comentado arriba lo que caracterizaba a la sinrazón, era una mala selección de estímulos. Esto es especialmente significativo en la interpretación de las caras y emociones. Se ha establecido que las personas con esquizofrenia tienen problemas para reconocer las emociones en los demás. Esto le dificulta las relaciones sociales y la capacidad para poder realizar hipótesis sobre el estado mental de las

personas que le rodean (Teoría de la Mente). Es lo que se conoce como problemas de cognición social. En gran medida, esto sucede por una mala selección de estímulos. Cuando estamos con otras personas, podemos reconocer como se encuentra la otra persona, lo que piensa y como se siente, y eso nos es muy importante para la interacción con ella. Para conseguir esto, se requiere que de todos los estímulos de alrededor, y más concretamente de su cara, se seleccionen aquellos que son más relevantes para determinar el estado de ánimo del otro. A estos estímulos hay que sumar los que proceden del discurso, la entonación, etc… A partir de todos estos estímulos establecemos una teoría sobre el ánimo y estado mental de la otra persona. Hay que significar que es mucha la investigación que existe para determinar cuáles son los estímulos concretos seleccionados para determinar ese estado mental y emocional de la otra persona. Su importancia es grande puesto que, por ejemplo, tendría una gran utilidad en la interacción computador-persona. Si se descubriese el algoritmo que le permitiera al ordenador conocer el estado de ánimo y mental del que lo utiliza, se estaría ante el comienzo de la humanización de los computadores. De momento, el mejor procesador para ello es el cerebro sano, que hace una selección automática, y no consciente, que permite adquirir el conocimiento del estado mental y emocional de quienes le rodean y ser consciente de ello. Pero cuando no hay una selección adecuada, se recogen estímulos que no son los más relevantes y la persona ya no tiene capacidad de identificar el estado mental y emocional. Eso le lleva a realizar interpretaciones sorprendentes, y a actuar en consecuencia, lo que le limita socialmente, ya que sus reacciones ante los demás pueden resultar ineficaces y extravagantes, lo cual irá contribuyendo a la fenomenología que acompaña a la locura.

Uno de los hechos más significativos, que extrañamente se repiten, pero que tienen una altísima repercusión social es el caso en que una persona con esquizofrenia mata a la madre. En estos casos habitualmente se produce en el curso de un proceso psicótico agudo en el que la persona confunde a su madre con el diablo y la mata de forma impulsiva y de forma muy dramática, con, por ejemplo, 40 puñaladas. ¿Qué es lo que sucede? La persona con esquizofrenia sabe quién es su madre, y cómo se comporta y tiene buena relación de cariño y amor con su madre. Sin embargo, en el curso de la crisis psicótica no selecciona bien los estímulos cuando está en presencia de su madre y aunque a grandes rasgos reconoce la figura y las características de su madre, sin embargo, detecta algunas características que no había identificado antes y que le llevan a pensar que no es su madre, puesto que es imposible que haya características que detecta por primera vez (un gesto diferente, una expresión nueva, etc…). Todo ello le lleva a pensar que no es su madre, aunque a primera vista pudiera parecerlo. ¿Y quién puede ser entonces? En primer lugar si alguien se hace pasar por la madre y no lo es, hay que pensar que tiene unas intenciones malas y hay que desconfiar y huir de él. En segundo lugar, esta capacidad no es propia de personas normales, con lo que solo hay dos posibilidades: un extraterrestre o una divinidad, que

en este caso por ser malas las intenciones, tendría que ser el diablo. Así pues, la persona cree que el diablo (o un extraterrestre) ha tomado la forma de su madre, no sabe dónde está su madre y es obvio que las intenciones son malas. Ante esta situación aparecen los primeros síntomas de miedo, perplejidad y actitud de huida. Pero la madre al ver a su hijo así, acude a consolarle, lo cual es interpretado como un ataque, y ante la angustia y desesperación del momento se produce en defensa propia y de forma no planificada el homicidio a la madre, que no es su madre sino el diablo, al cual lógicamente no le bastaría con una puñalada sino que habría que emplearse a fondo y por lo menos debe asestarle unas cuarenta. Pero ¿Por qué esto se da más frecuente con la madre? En principio no debería haber grandes diferencias en frecuencia entre padre-madre-hermanos u otras personas del entorno. La diferencia es que salvo la madre, el resto al verle perplejo, huidizo y con miedo, le obviarían y seguirían haciendo sus cosas, mientras que la madre dejaría lo que está haciendo y correría a consolar a su hijo, lo cual sería interpretado como una agresión, a diferencia de lo que ocurre con el resto de personas a las que puede también notar extrañas, pero se mantienen lejos de él.

En el enamoramiento podría suceder algo similar. Una persona a la que se conoce por primera vez, o que incluso se la conoce desde hace muchos años, ya no se la ve igual, sino que se detectan características diferentes a las habituales o a las que ven el resto de personas. Aquí no se produce un temor, sino la sorpresa de encontrarse a una persona diferente. De hecho, la emocionalidad del momento puede llevar a ver esas características positivas y diferenciales con mayor facilidad. Es decir, al igual que ocurría con el episodio psicótico, pero en este caso por una situación emocional determinada, el enamorado ve en la otra persona, de forma automática, una serie de características, rasgos y comportamientos, que siendo reales, solo los percibe él, ya que estás ligados a estímulos que para la mayoría de las personas pasan desapercibidos. Esto le lleva a ver a esa persona como única (idealización de la persona hasta prácticamente ser delirante), a no poder encontrar a nadie igual (necesidad de estar con ella y miedo a perderla) e incluso la reacción emocional que provoca en la persona enamorada es tal, que pasa horas pensando en la otra persona, perdiendo con ello capacidad de concentración, de pensamiento (ha sido sustituido por el de la persona amada), iniciativa y de atención. El resto de amigos y familiares, que ven a la persona de la que está enamorada de forma normalizada y aplicando la razón, no ven las cosas que ve el enamorado. Tanto es así, que ante una descripción de la persona amada por éste, les parece que no se refiere a la misma persona. Es lo que les lleva a decir que está ciego y no ve que la otra persona no es como cree que es, y es lo que ha llevado a la popularización del dicho “el amor es ciego”. Lógicamente esta expresión es absurda, porque el amor, si es algo es todo lo contrario. No es la negación de los sentidos, en este caso un sentido (la vista) sino la exaltación de todos los sentidos. NO es un problema de capacidad de detectar estímulos (capacidad de los sentidos) sino el

de seleccionarlos y percibirlos (atención y percepción) que llevan a dar la calificación de especial a quien la razón con un funcionamiento global normal calificaría de mediocridad. El enamorado entonces es como si hubiera perdido la capacidad de razonar, y no aceptará ningún argumento racional contra su amado/a hasta el punto de poder llegar a agredir o romper la amistad. Igualmente, tendrá comportamientos poco racionales, pudiendo llegar a ponerse en riesgo a sí mismo a cambio de nada, abandonando sus sueños y proyectos de toda la vida por el ser amado. Llega a perder el sentido de realidad, para tomar decisiones contra él y contra su futuro si así se lo hace ver la persona de la que está enamorada, y puede llegar a hacer cosas que ni él ni quien le conoce puede sospechar que llegase a realizar. Todo esto, desde el punto de vista psicopatológico, se aproxima mucho a la locura. Como se ha visto, cumple criterios diagnósticos, pero más allá de criterios circunstanciales, la realidad es que la persona se conduce en los límites de la cordura con la locura. Con el tiempo, se evoluciona hacia una normalización que puede llevar a la persona a no creer sus comportamientos ni lo que veía antes, cuando hace apenas unos meses era su proceder habitual, respaldado con tenaces argumentos.

Sin duda, el enamoramiento cumple con un requerimiento social adaptativo muy importante para la especie humana. Por una parte, garantiza que se produzca una dispersión de gustos que permite que todo el mundo seleccione y quede completamente satisfecho con lo que le corresponde estando convencido que le ha correspondido lo mejor. No hay ningún otro reparto o distribución que consiga este objetivo, sino que lo habitual es encontrar que todo el mundo piense que le tocó la peor parte. Aquí no. Todos piensan, gracias al enamoramiento, que su pareja es la mejor de las posibles. Y si alguna vez se dan cuenta de que esto no es así, la convivencia y complementariedad podrán compensar la recuperación de la normalidad, y si no… Además, facilita el apareamiento, y con ello favorece la descendencia y supervivencia de la especie humana, incorporando además, un elemento racional, aunque sea una sinrazón. A diferencia de los animales, al ser humano no le satisface tener descendencia con cualquiera, precisa que sea alguien especial. Su capacidad de razonamiento le lleva a considerar el hijo como el resultado de compartir con otra persona sus propios genes y espera que la aportación del otro sea cuanto menos igual a la de uno mismo, de modo que el primer vínculo con el hijo se produce incluso antes de ser concebido. La capacidad de razonamiento le permite al ser humano planificar la descendencia, y lo primero que quiere es que sea sana y con las máximas capacidades con lo que la pareja debe aportar el máximo. El enamoramiento permite creer que esto es cierto. Así pues, se podría plantear el enamoramiento, propio de los seres humanos, como un ejemplo de sin razón adaptativo que proporciona incluso una ventaja evolutiva. Por tanto, el amor no es ciego sino psicótico. Y lógicamente, por su componente de sin razón existen también situaciones más extremas que llevan a la persona a una conducta desordenada que le

puede llevar a una completa desadaptación, especialmente cuando el enamoramiento no es correspondido. Nuevamente, al igual que en el caso de Sócrates, se observa que ante un episodio psicótico la compresión y el acompañamiento constituyen la terapia o ayuda de primera elección. A partir de ahí se dispondría del resto de herramientas que tendrían que estar en un segundo plano pero que con la tecnificación de la medicina han pasado al primer plano. Esto que se plantea para los problemas de funcionamiento cerebral también debería servir para el resto de especialidades médicas, en donde la excesiva tecnificación ha llevado a no valorar suficientemente el componente emocional y psíquico de la enfermedad y lo oscura que en muchos casos está el malestar del bienestar.

Nuevamente, se ha querido presentar un ejemplo de un estado emocional como es el enamoramiento en el que también la razón tiene un papel importante, o mejor, la sinrazón, y que tiene las características de ser específicamente humano (no se conocen animales que se enamoren), que es muy adaptativo para la supervivencia y convivencia de la especie (papel importante en la reproducción) y que es no solo aceptado socialmente sino estimulado y motivo de alegría. Sin embargo, es un estado que está muy próximo a la locura, comparte con ella prácticamente todos los síntomas, hasta el punto de cumplir con los criterios del DSM de trastorno esquizofrénico, y el que podría describirse también por mecanismos muy similares al de la psicosis. En consecuencia, sirva este como un ejemplo que aproxima a prácticamente todas las personas a la locura, y probablemente, aunque no me consta que se haya podido demostrar, la persona muy enamoradiza o con tendencia a enamorarse con frecuencia y pasionalmente, tiene también una mayor vulnerabilidad a la esquizofrenia. Disponemos de una frontera borrosa y poco clara que nuevamente nos enfrenta a la necesidad de no poder decir quien está en el campo de la locura y quien lo está en el de la cordura.

El Político.

Y finalmente, no podría finalizar esta monografía sin analizar otro de los grandes personajes de nuestro tiempo, del hombre contemporáneo. Probablemente, la revolución francesa y todo lo que ella supuso, hizo emerger la figura de una nueva profesión que es la de político. Hoy en día los periódicos, telediarios y medios multimedia en general nos invaden de noticias sobre la política y los políticos. Sucesos, política y deporte completan prácticamente las tres cuartas partes de la información que diariamente recibimos, los temas que debatimos y las preocupaciones con las que convivimos. Cualquiera de los tres temas me serviría para ejemplarizar de nuevo lo próximo que se encuentra la cordura de la locura, si bien actualmente considero que el tema que más interés concentra de los tres, en un sentido global, es el que se relaciona con la política y los políticos.

En lo fundamental, un político constituye una persona que se autoproclama servidor del pueblo y que en realidad su esencia es la de ser representante del pueblo y liderarlo. Como tal, se define al político como una persona entregada a una causa como el bienestar de su pueblo y sacrificado por una idea, que es conseguir la mayor igualdad y progreso para la sociedad en su conjunto. Dicho así, el político sería una persona noble y desinteresada, e incluso un ejemplo ético. Esto haría que realmente su actividad supusiera una carga de la que se liberaría gustoso en el momento que no recibiese la aprobación de la mayor parte de los ciudadanos. Sin embargo, casi nada es así.

¿Qué es lo que sucede? En principio, se podría aceptar que de entrada el político es una persona que realmente se quiere comprometer en la marcha de la sociedad y que realmente tiene aspiraciones legítimas por la mejora de su pueblo, provincia o país. Eso le lleva a entrar en el partido y a trata de convencer a sus conciudadanos sobre las soluciones éticas, sociales, educativas, económicas, etc… para la sociedad en que vive. Pronto comienza a obtener el reconocimiento social, la gente le mira cuando pasa, incluso le da la razón a todo lo que dice y propone. Poco a poco se va forjando la figura de un líder con influencia y poder que hace que sus decisiones repercutan directamente en la vida de los ciudadanos a los representa. Su posición ya ha cambiado. No es solo la persona que generosamente quería ayudar a que la sociedad mejorase. Tampoco es la persona que humildemente exponía sus ideas con la esperanza de convencer poco a poco al resto de ciudadanos sobre la conveniencia de sus propuestas y mejorar con ello la calidad de vida de todos. Ahora es la persona que tiene capacidad para decidir qué hacer en su pueblo, en su provincia, en su Comunidad Autónoma o en su País. Es el que compra o vende, es el que determina que se va a hacer y cómo y que no se va a hacer. Son ahora los demás los que acuden a él, regalándole palabras, y a veces dinero, coches y otro sin fin de objetos de deseo. Todo esto último le pone en riesgo su respeto e incluso libertad, ya que podrá ser

denunciado por aceptar este tipo de regalos y baste abrir cualquier periódico en cualquier día para descubrir los problemas que esta aceptación de regalos tiene. Pero también el regalo de las palabras le genera problemas, quizá más imperceptibles o solo identificado por los más cercanos, y es que su capacidad y cordura comienza a tambalearse. Tantas palabras bonitas que le ensalzan lleva a la persona a incrementar su autoestima, a mejorar su auto concepto y a creerse imprescindible. Frases como "si no es por ti, esto se hunde", "que bueno decisión tomó, si no llega a ser por eso se hunde todo", "Fuiste el primer en verlo", que son solo algunos ejemplos de lo que ese político va a poder escuchar cada día. Pero además decide por donde va la carretera, en donde para el autobús, que por causalidad tenía como optimo lugar de stop, el quiosco frente a la casa familiar. Si se va a un restaurante siempre hay mesa, y por tanto, ya no hace falta hacer reserva, aunque los que llegaron previamente se fueron porque estaba lleno; la lista de espera medica desaparece y se puede incluso jugar a ser normal, sabiendo que todo el mundo sabe quién es y le regalará todas las palabras que les sea posible, y prioridades, objetos y deseos insatisfechos. No es fácil resistir ante tanto refuerzo y tanto reconocimiento. Lo normal es comenzar a creerse diferente, porque todos los datos muestran que lo es. A considerar que se tienen capacidades superiores a los demás, a creerse imprescindible, a no tener que escuchar a nadie porque prácticamente nadie le puede ayudar por ser inferiores a él. Es el momento de estar seguro que los demás deben estar agradecidos de su generosidad de dedicarse a la política por ellos y dejar con ello de ganar cantidad de dinero. Por eso a nadie le debe escandalizar que se redondee el sueldo en varios miles de euros, e incluso pueda coger dinero de la caja. En definitiva, la caja del dinero es suya porque es quien la organiza, la creó, la utiliza y la gestiona. Todo gira alrededor de esta persona con poder, el cual se autoalimenta. Rápidamente, se pone de manifiesto que el poder genera una legión de personas dóciles y seguidoras del poderoso. Y todos se ponen al teléfono cuando les llama, expresan admiración cuando habla, aunque sea maniiesto que lo hace sobre un tema que apenas conoce. Incluso, se cuestiona principios que hasta entonces eran básicos, como la relación conyugal. Hay cientos de personas que quieren estar con el político, que suspiran por su compañía, etc… Sin embargo, el cónyuge, empeñado en devolverle a la realidad se constituye como la primera víctima de lo que se está produciendo. A veces, incluso, es rechazado por ser el único que parece no reconocer su valor y capacidad. Incluso, puede llegar a ser considerado un enemigo.

Todo lo descrito en el párrafo anterior, ya sitúa al político en los límites de la razón. Evidentemente, no se está haciendo referencia a todos los políticos, sino de algunos de ellos, principalmente de los que alcanzan importantes cuotas de poder, y que generalmente no han sabido mantenerse de forma prolongada en el lado de la cordura. En ese estado podríamos alcanzar dos diagnósticos, que según cada caso nos llevará a decantarnos por uno u otro. Está megalomaniaco, con un ego enorme, un

concepto de sí mismo inmejorable asociado a muy mal concepto de quien le acompaña y no se lo reconoce. También podría estar en episodio hipomaniaco con incremento de actividad, pérdida de sueño, incluso cierta hipersexualidad, toma de decisiones sin reflexión previas, pues no se necesita ya que la persona se siente muy próxima a Dios. Todo le fluye.

Uno de los hechos más relevantes asociados a estas conductas del político es cuando comienza a dar conferencias en entornos que no domina. Quien escribe es médico y jamás se me ocurriría ir a dar una conferencia en la Escuela de Arquitectura y mostrar a los arquitectos cual van a ser las tendencias arquitectónicas de los próximos años y decirles cual es el futuro de la arquitectura como profesión. La sola propuesta parece estúpida, pero el político lo hace, y son muchos los casos en los que sucede así. No se conforma en delegar y pedir que un colaborador experto en el tema imparta la conferencia aunque sea con su presencia, sino que la da él, y además, la da convencido que va a gustar y que va a revelar algo importante. Su propia necedad le llevará a la pregunta inocente de quien confía plenamente en el éxito de su actuación ¿Cómo ha quedado? En el ejemplo que ponía nunca se me hubiera ocurrido dar esa conferencia en Arquitectura, pero de darla nunca dejaría que me evaluasen por ello, con lo que evitaría la fatídica pregunta sobre el resultado final (que sé de baja calidad), y si me dicen que ha quedado perfecta nunca lo creería. El político, sumido ya en ese estado megalomaniaco que le conduce incluso a episodios hipomaniacos, es incapaz de discernir la necedad de la propuesta que le han hecho y va más allá. Da la conferencia contesta preguntas si se precisa, y luego comparte con los suyos el éxito de la conferencia “he tenido que venir yo para que esto se arregle…. O sepan lo que tiene que hacer”. A veces resulta impresionante lo que la megalomanía crea en ellos. Capaces de dar cualquier conferencia, tomar cualquier decisión, y además con la creencia que el saber del tema no importa, basta con su lucidez. En esta situación sería muy complicado certificar la cordura de esta persona, pero la realidad es que es quien en cierta medida interviene en muchos de nuestros destinos.

Pero la realidad no es siempre esa, ni se dará siempre. Su megalomanía se tiene también que enfrentar a soluciones que no llegan, a momentos en que se cuestiona su capacidad, en los que su cónyuge le hace ver que no cumple con lo que debe, y en definitiva se enfrenta a su realidad real, fuera de la ficción creada. En realidad, pronto la persona experimenta, aunque sea contra su voluntad, que su capacidad es grande pero sus resultados pobres. Y ante este dilema su cerebro tiene que responder de forma coherente y en favor del protagonista. Y es entonces cuando se encuentra la solución: Soy una persona muy capaz, pero la gente por envidia está contra mí, con lo que mis resultados no son lo buenos que deberían ser. Poco a poco, cualquier alteración en los planes se justifica con la existencia de personas que están contra él y se han organizado para perjudicarle. Surgen entonces las redes oscuras de carácter

“masón” que por envidia e incapacidad no se atreven a ir contra él, sino que se organizan y desarrollan todo tipo de obstáculos para impedir el éxito de este líder carismático. En definitiva, se asiste a la génesis de un delirio, a la percepción más que sesgada de la realidad que le rodea y a comenzar a encontrar enemigos y personas sospechosas en todo aquello que no le dé la razón de inmediato. Pronto aquellas personas con las que compartieron equipo de trabajo y que fueron un sustento importante de lo que actualmente son, se convierten en peligrosas y traidoras por decirles la verdad. Cambian de amigos, de cónyuge, de colaboradores, etc…: “O estás conmigo o estás contra mí”. Se impone un mundo maniqueo en el que disentir de la opinión del político de éxito es estar en contra y con el adversario, cuando no enemigo. Piensan y llegan a la certeza que todos sus adversarios y enemigos forman una red de cooperación (de conspiración) que justifican todos los problemas de cualquier tipo. Este tipo de comportamiento ha llegado a ser descrito como el “síndrome de la Moncloa”. Y en que consiste, pues en un auténtico trastorno delirante crónico o paranoia, en el que la persona cada vez trata de aislarse más de su entorno, reduce su mundo a las personas que le dan la razón y todo error o problema lo atribuye a causas externas. No hay apenas un criterio diagnóstico que no cumpla, pero sin embargo, nadie le pone tratamiento. Si se perpetúan en forma de dictadura puede llevar en su locura o sin razón a la ruina de un país, e incluso consiguen una locura compartida por miles de personas. La psiquiatría ya hace muchos años describió la folie a deux como la inducción psicótica que una persona con trastorno paranoide ejerce sobre otra persona. Normalmente, en estos casos la persona con el trastorno paranoide tiene una comportamiento de liderazgo que lleva a esa inducción. En casos extremos, la inducción de la psicosis puede alcanzar a la casi totalidad de la sociedad, como sucede en algunos casos de liderazgo habitualmente totalitario. Ejemplos múltiples tenemos en la historia como sería el caso de Hitler, Stalin y tantos otros. Personas que inicialmente pudieron tener un comportamiento medianamente normal, que tenían ideas e intenciones positivas para la comunidad en la que vivían, acaban desarrollando una megalomanía, como la descrita arriba, que evoluciona hacia un desarrollo paranoide que inducen al resto de la población a través de describir un enemigo común que justifica todos los males y llevan a la comunidad a la que pertenecen al desastre. Luego pasan a la Historia como crueles dictadores, pero… ¿No fue acaso un problema de sin razón que sin embargo nadie en su momento percibió?

Desde un punto de vista psicopatológico, la génesis de esta sin razón, se inicia en un contexto favorecedor y reforzador en el que la persona recibe tanto estímulo positivo y reconocimiento que le lleva a un crecimiento de la autoestima tan grande que le conduce a una situación próxima a la megalomanía. Comienza a tener un concepto de sí mismo mucho más elevado del real, y se siente como nunca, incluso cerca de Dios. Se vive el más inteligente, el más atractivo, el más ingenioso, el más… Es una situación de éxtasis y placer que supera incluso a cualquier droga. Aquí las

endorfinas juegan también un papel relevante. Sin embargo, la realidad no es esa, puesto que no es tan inteligente, ni tan atractivo ni tan ingenioso, ni tan… La consecuencia pronto aparece, y es que en un momento concreto surge una disociación entre lo que la persona cree que es y los resultados de su actividad. Ante esta disociación, el cerebro busca incesante la homeostasis, y solo hay dos caminos: el primero y más sano sería el reconsiderar su auto concepto y pensar que en realidad no se es ni tan inteligente, ni tan atractivo ni tan… y que necesita de los demás, y también de una buena dosis de suerte para tener éxito. Aquí una buena pareja o unos buenos amigos resultan de gran ayuda para tomar este camino. El tratar de conducir a la persona hacia el denominado principio de realidad le ayudará mucho para conservar la razón. Y este es el motivo por el que psicólogos y psiquiatras insistimos a menudo en la importancia de una buena red social para prevenir los problemas de salud mental o caer en la sinrazón. Pero cuando no se elige el camino del principio de realidad, el cerebro busca la homeostasis mediante la persistencia de un auto concepto muy alto, y atribuir los fracasos o falta de resultados a la existencia de una fuerza exterior que actúa contra él. Eso no lo puede hacer una persona ni dos, sino muchas, que organizadas en red van contra él. De este modo, sigue perpetuando su elevada autoestima, el realizar todo aquello que se le ocurre, a considerar a los demás menos que uno mismo, y a atribuir los fracasos y problemas a un enemigo poderoso exterior muy bien organizado. La culpa es de los otros, y comienza con las personas más próximas que cuestionan lo que está haciendo y alcanza incluso a todo el planeta si el tiempo le deja. Es la sinrazón que se instala en la persona, y con frecuencia, no le abandona por mucho tiempo. Esa gran autoestima le lleva a pensar que nada se puede hacer sin él, que todas las soluciones y actuaciones tienen que pasar por él, debe haber un enemigo externo bien definido que es malo o malísimo, y nadie salvo él puede hacer lo que está haciendo. Además, siempre habrá un entorno a su alrededor que confirmen esa visión de las cosas, unos por estar cerca del poder (los que llamamos "pelotas") y otros porque ya comienzan a ser inducidos por el delirio. Toda esta locura se perpetua y lleva al desastre de su familia, de su comunidad e incluso de la sociedad a la que puede incluso inducir su locura.

Ahora miren a su alrededor, y piensen ¿Cuál es el motivo por el que un miembro de una Casa Real le lleva a buscar un dinero que no necesitaba? O ¿Por qué de repente una persona que dirige una comunidad autónoma con gran capacidad pero con problemas económicos encuentra un enemigo externo que lo justifica todo? O el que ¿Haya colaboradores de toda la vida que de repente se atacan y compiten por lo mismo? Todos son ejemplos de sin razón, que sin embargo tratan de explicarse con la razón y por ello se gastan horas de debate, de tertulias y miles de página debatiendo sobre los motivos y las soluciones. Pero la realidad es una, una pérdida de la razón, porque el tener razón no garantiza ser razonable, puesto que todos paseamos por la

razón y la sinrazón con demasiada frecuencia, pero lo que no es tampoco razonable es que tratemos la sinrazón desde los parámetros de la razón.

Nuevamente, tenemos un ejemplo en el que la razón y la sinrazón se confunden y en donde es difícil saber quiénes son los cuerdos y quienes los locos.

Conclusiones

Las conclusiones que querría trasladar después de esta exposición son el respeto y cercanía con la que debemos acercarnos a la sinrazón. Todos podemos ser víctimas de la sinrazón, y todos podemos utilizar la razón. La razón e inteligencia definen a los seres humanos, pero la sinrazón y la locura también, ya que solo las personas pueden padecerla. Y por lo mismo, la sinrazón debe ser tratada con la comprensión y no desde la perspectiva de la razón. No son seres ni personas ajenas a todos nosotros, sino personas que quizá pasan más tiempo en la sinrazón, pero que precisan de una escucha, de un apoyo y sobre todo de una consideración de personas que tiene el derecho a vivir en la comunidad, a tener responsabilidades e incluso a tener una vida diferente. Pero ser diferente no debe ser malo sino enriquecedor. Hoy Sócrates no hubiera pervivido, la sinrazón del enamoramiento nos hace más felices, y dejamos junto a nosotros a muchos que nos quieren inducir su sin razón. Es el momento de poner todos los esfuerzos para aprender a convivir con la sinrazón, a abandonar la exclusión de la sinrazón, y a poder integrar y convivir todos en una sociedad variada y enriquecida. Debemos saber vivir con nuestra sin razón y con la sinrazón de los otros, y eso nos protegerá de dictadorzuelos, de nuestros demonios y sin duda nos hará más felices.

BIBLIOGRAFIA.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed, text rev)*. Washington: APA.

Boorse, C. (1976). What a theory of mental health should be. *Journal of the Theory of Social Behaviour, 6*, 61-84. doi: 10.1111/j.1468-5914.1976.tb00359.x

Corin, E. E. (1990). Facts and meaning in psychiatry. An anthropological approach to the lifeworld of schizophrenics. [Comparative Study Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Cult Med Psychiatry, 14*(2), 153-188.

Domschke, K. (2010). Robert Schumann's contribution to the genetics of psychosis – psychiatry in music. *The British Journal of Psychiatry, 196*(4), 325. doi: 10.1192/bjp.196.4.325

Emsley, R., Chiliza, B., Asmal, L., & Lehloenya, K. (2011). The concepts of remission and recovery in schizophrenia. [Review]. *Curr Opin Psychiatry, 24*(2), 114-121. doi: 10.1097/YCO.0b013e3283436ea3

First, M. B., & Wakefield, J. C. (2010). Defining 'mental disorder' in DSM-V. A commentary on: 'What is a mental/psychiatric disorder? From DSM-IV to DSM-V' by Stein et al. (2010). [Comment]. *Psychol Med, 40*(11), 1779-1782; discussion 1931-1774. doi: 10.1017/S0033291709992339

Kapur, S. (2003). Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Am J Psychiatry, 160*(1), 13-23.

Kramer, P. (1993). *Listening to Prozac*. London: Fourth Estate.

Long, A. (2006). How does Socrates' divine sign communicate with Him? In S. A.-R. R. Kamtekar (Ed.), *A companion to Socrates* (pp. 63-74). Oxford: Wiley-Blackwell.

Musalek, M. (2005). [The history of schizophrenias: philosophical roots]. *Fortschr.Neurol.Psychiatr., 73 Suppl 1*, S16-S24.

Nelson, B., & Rawlings, D. (2010). Relating schizotypy and personality to the phenomenology of creativity. *Schizophr Bull, 36*(2), 388-399. doi: 10.1093/schbul/sbn098

Owen, G. S., Cutting, J., & David, A. S. (2007). Are people with schizophrenia more logical than healthy volunteers? [Multicenter Study]. *Br J Psychiatry, 191*, 453-454. doi: 10.1192/bjp.bp.107.037309

Skodlar, B., & Jørgensenc, J. (2013). Could Socrates be diagnosed within the schizophrenia spectrum? Could schizophrenia patients be considered in the light of Socratic insights? *Psychosis, 5*(1), 17-25. doi: 10.1080/17522439.2012.669395

Spitzer, R. L., & Endicott, J. (1978). Medical and mental disorder: Proposed definition and criteria. In R. L. Spitzer & D. F. Klein (Eds.), *Critical Issues in Psychiatric Diagnosis* (pp. 15-39). New York: Raven Press.

Stein, D. J., Phillips, K. A., Bolton, D., Fulford, K. W., Sadler, J. Z., & Kendler, K. S. (2010). What is a mental/psychiatric disorder? From DSM-IV to DSM-V. [Editorial Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Psychol Med, 40*(11), 1759-1765. doi: 10.1017/S0033291709992261

Szasz, T. (1970). Ideology and Insanity. In T. Szasz (Ed.), *The Myth of Mental Illness* (pp. 12-24). Harmondsworth: Penguin.

Varga, S. (2011). Defining mental disorder. Exploring the 'natural function' approach. [Research Support, Non-U.S. Gov't

Review]. *Philos Ethics Humanit Med, 6*, 1. doi: 10.1186/1747-5341-6-1

Wakefield, J. C. (1992). The concept of mental disorder. On the boundary between biological facts and social values. [Review]. *Am Psychol, 47*(3), 373-388.

Wakefield, J. C. (2007). The concept of mental disorder: diagnostic implications of the harmful dysfunction analysis. *World Psychiatry, 6*(3), 149-156.

Warner, R. (2009). Recovery from schizophrenia and the recovery model. [Review]. *Curr Opin Psychiatry, 22*(4), 374-380. doi: 10.1097/YCO.0b013e32832c920b

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE SALAMANCA

Contestación al discurso de ingreso del Ilmo.Sr.Dr.D. Manuel Ángel Franco Martín en la Real Academia de Medicina de Salamanca, a cargo del

Ilmo.Sr.Dr.D. José Miguel de Diego Gómez

Salamanca, 29 de Noviembre de 2013

Dignísimas Autoridades,
Ilustrísimos Académicos,
Señoras, Señores:

Con sincera alegría cumplo el encargo de nuestra corporación al dar la bienvenida al Dr. Manuel Ángel Franco Martín. Estaría justificada esta alegría, que sentimos todos, solo por ver incorporado al prestigio y a la labor de la Real Academia de Medicina de Salamanca a un médico de obra tan copiosa y sazonada y de porvenir tan cargado de promesas.

Al dedicar mis primeras palabras al nuevo académico, quiero expresar que nada hay mas grato en los tiempos normales, como hacer una presentación. Porque se presupone que el presentado es persona de pro y para todo hombre civilizado el poder decir a los demás las virtudes y excelencias que adornan a un recién llegado, con pocas satisfacciones se puede comparar.
El Dr. Franco Martín entra desde hoy en la historia de la Academia y lleva en el morral de su vida buenas e importantes experiencias. Al tiempo que el saber verdadero, tiene sus fuentes por igual, en los textos, en el enfermo y en la vida. Su quehacer está presidido por el entusiasmo, esa hormona del alma según la marañoniana expresión de Pérez de Ayala que hace diáfano lo oscuro, alegre lo trabajoso y menos amarga la limitación de nuestro saber y nuestra eficacia.

La madurez y la opulencia de su obra realizada, la fecundidad de sus empeños actuales y sus cargos científicos, con vocación y escrúpulo perfecto hacen que su ingreso en esta Docta Institución sea el cumplimiento de una deuda en el ambiente de la medicina de distrito.

En las Academias y por supuesto en la nuestra su carácter de selección y de representante de lo mejor no debe de perderse. La Academia debe ser lugar de maduros o de viejos, porque solo al final de una vida enteramente consagrada a la creación, a la meditación o al estudio se puede alcanzar el premio, no a la brillantez del momento o a la moda social o política, sino al esfuerzo de toda una existencia.

Del Dr. Franco se pueden aprender muchísimas cosas, pero su ejemplo de laboriosidad continuada, de tenacidad insuperable, de firme voluntad para no postergar nunca la tarea que espera, han quedado siempre tan altos que para otros resulta inalcanzable. Es un soñador, pero no es un buen momento para serlo como le ocurre a él, porque no hay sueños de día solo quedan los sueños de la noche. Para soñar de día se necesitan dos cosas que ahora no tenemos o que no queremos tener: la soledad y el gusto, la dulce fruición de sufrir por amor. “Quien no hubiera sufrido poco o mucho no tendría conciencia de si” escribió Unamuno. “En cuanto manantial de vida nueva y origen de nuestra perfección moral -añade Marañón- , el sufrimiento del hombre tiene un valor divino; y como la perfección moral tiene su fórmula suprema en el amor a los demás, y el bien que deseamos a los demás es ansia de que no sufran, el que sufre con alegría está gestando el que no sufran los otros hombres”.

En 1997 el Dr. Lown, Nobel de la Paz decía que “ya no se escucha a los enfermos” que “muchos médicos se limitan a dar recetas”, que “el médico ha dejado de ser un “sanador” involucrado y poco preocupado por sus pacientes para pasar a ser un científico alejado de ellos”. El Dr. Franco no busca la gloria y el reconocimiento social ni el enriquecimiento económico. Es como médico, excelente, porque reúne las tres grandes virtudes del clínico: la observación atenta de los enfermos, ante los cuales nunca tiene prisa (la prisa es el enemigo mortal del médico) y sabe escuchar, la prudencia en los tratamientos y la gravedad y reserva de su trato profesional que le adueña de la confianza de sus enfermos convirtiendo el acto médico en lo que para muchos de nosotros es realmente un acto de amor, un acto que define Jean Polin, como “el encuentro de dos hombres libres, una confianza y una conciencia: un hombre angustiado que pide socorro y otro que le entrega su devoción siempre, su simpatía a menudo y su corazón alguna vez”.

El enfermo que no sabe ser paciente disminuye sus posibilidades de curarse y el enfermo mismo debe aprender a hacer honor al adjetivo clásico y lleno de sentido de “paciente”. El saber sufrir, el sufrimiento bien administrado es también medicina. Obedecer es empezar a curarse y a esto contribuye el Dr. Franco con su auctoritas. Se debe contribuir a la sanación no solo con los recursos terapéuticos al uso, sino haciendo ver al enfermo que la paciente aceptación del dolor inevitable no solo es una regla moral y ascética sino también un sutil precepto terapéutico de gran importancia.

La medalla que hoy se prende en su pecho no será solo el gesto de un ilusorio honor sino el propósito de colaboración en las viejas y gloriosas tareas de los mejores y la inyección de viento nuevo que necesita el ambiente fatigado de la tradición.

Con actos como el de hoy podemos afirmar que nada como el trato con el ingenio de los otros enriquece el nuestro y que no se debe abominar de las academias como se pensaba en los años 30 del siglo pasado. Hace unas semanas José Manuel Blecua, director de la Real Academia Española contestaba en una entrevista que aún queda gente que toma actitudes de “irreverente respeto” como blanco de ataque a la Academia, incluso escritores que acabaron ocupando cargos de peso en la Institución, aunque no dejan de ser modas pasajeras. Pero no debemos pedir a Dios que nos libre de las academias. Será mejor que procuremos aumentarlas y dignificarlas, podándolas un poco de su oropel y convirtiéndolas en recintos auténticos del saber humano, en seminarios de humanismo en propulsores eficaces de la cultura y de la ciencia.

Y casi debería limitar a estas palabras mi saludo en nombre de la Corporación al nuevo académico. Los tiempos son breves y sobre todo en este caso en que he de dirigiros la palabra tras la lectura de una obra densa y trascendente, discurso que tiene un titulo muy sugestivo y de gran contenido, *“En los límites de la razón: Psicopatología de la sociedad actual”*. Voy a reducir pues, mis comentarios a dos: uno sobre la trayectoria del nuevo académico y el segundo, brevísimo sobre lo que el Dr. Franco nos ha dicho.

_____ _____ _____

Nació en Zamora D. Manuel Ángel Franco Martín, su padre médico es salmantino y su madre zamorana. Parte de su infancia se desarrolla en Granja de Moreruela donde empezó a modular las mil flexiones de esa cosa tan delicada y tremenda que es la vida. Cursó los estudios de bachillerato y la carrera de Medicina en Valladolid. Su padre, que había sido Alumno Interno por oposición en la Facultad de Medicina de Salamanca contribuyó decisivamente a que encarrilara su vocación hacia la medicina. Y fue en el hogar, repleto de sugestiones humanísticas donde aprendió el amor al trabajo y su vocación por el saber.

Ha vivido en el meollo de Castilla La Vieja, en un triangulo lleno de historia, Zamora Valladolid y Salamanca, en esa Castilla mesetaria y frondosa a la vez, la del Duero, en cuyas ondas cabalgan los romances y al que canta el gran y recordado Claudio Rodríguez:

"...tú a quien estoy oyendo igual que entonces
tú, río de mi tierra, tú río Duradero"
(del libro Conjuros 1958)

En ese río en el que, como todos nuestros ríos, lo esencial es su leyenda.

Reside y trabaja en Castilla, en la más Castilla del Duero, acaso la mas pura, en Zamora la bien cercada y levítica ciudad.

Su castellanidad vivida, la auténtica, la que lleva en sus entrañas, le surgió de sus mejores dones: la generosidad y la sobriedad que él las prodiga desde el instante en el que su interlocutor le aborda y sabe convertirle, a los pocos minutos en cortesía y amistad. Al comunicarse con los demás trata de lograr esa media voz, forma sutil del dialogo, capaz de afianzar la convivencia, ese medio tono imprescindible para lograr a entendernos. Su comprensión parte del convencimiento de que la razón íntegra se tiene muy pocas veces y de que cualquier hombre tiene con frecuencia parte de razón.

En la Facultad de Medicina de Valladolid perteneció a la Academia de Alumnos Internos, de la que fue numerario en Psiquiatría con uno de sus maestros el Profesor Valentín Conde López, al que venera y el Profesor José Ángel Macías Fernández.

Fue Alumno Médico de Psicología Médica y Psiquiatría en la Universidad de Valladolid.

Licenciado en Medicina y Cirugía por la universidad de Valladolid (1981-1987).

Formación MIR de Psicología Medica y Psiquiatría así como Facultativo Especialista de Área en Psiquiatría, en Valladolid.

Diplomado de Psicología por la Uned (1988-1992).

Doctorado en medicina y cirugía. Universidad de Valladolid (1992). Director de ocho tesis doctorales.

Profesor asociado de Psiquiatría. Universidad de Valladolid.

Durante tres años desempeñó la Jefatura de Servicio de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de Castilla y León, en cuya actividad destacó su pericia y eficacia en la gestión.

Desde 2003 es Jefe de Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Complejo asistencial del SACYL de Zamora.

Desde 2004 es Profesor Asociado de la Facultad de Psicología de Salamanca.

Sus líneas de investigación son: Evaluación y Tratamiento Cognoscitivo de la esquizofrenia y Manifestaciones del autismo, los trastornos del espectro autista y las discapacidades graves del desarrollo.

Ciento veintiséis publicaciones nacionales y extranjeras en revistas de alto impacto y trescientas treinta y cinco ponencias o comunicaciones en congresos nacionales e internacionales, quedan como testimonio de su gran espíritu de médico hecho en la clínica y menos en los libros, pero asistido de los libros necesarios, interpretados, criticados, no solo leídos y nunca convertidos en ídolos.

Participación en 44 proyectos de I + D financiados en convocatorias públicas, participación en 57 contratos I + D de especial relevancia con empresas y/o administraciones. Dos patentes y modelos de utilidad. Participación en seis comités y participaciones regionales.

Fundador y Director del Área de Investigación de la Fundación INTRAS, que actualmente cuenta con más de 100 trabajadores y centros en toda España. Presidente de varias sociedades científicas españolas.

Miembro del BOARD de la Asociación Europea de Psicogeriatría, y Miembro del BOARD de la red de investigación europea INTERDEM NETWORK.

Profesor invitado internacional de la Universidad Iberoamericana de Costa Rica y Profesor de varios Máster oficiales y del doctorado. Numerosos premios de investigación.

Importante actividad de difusión. Patentes y modelo de actividad Gradior: 2.005 y Memorsim. Detector de simulados.

Dirige actualmente la Unidad Clínica de Gestión de Salud Mental que constituye, junto con el Instituto de Cardiología de Valladolid uno de los dos centros piloto de este nuevo modelo de gestión, que impulsa la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León.

Otros muchos méritos le adornan, pues la obra del Dr. Franco es, en efecto su biografía. Hay que sumar a su labor asistencial la docencia e investigación en un ambiente a veces limitado, con escasos medios, pero que ha sabido suplir con la abundancia de trabajo y rigor.

_____ _____ _____

Quedan solo algunas reflexiones que hacer sobre el discurso del nuevo académico y decir que lo que hemos escuchado es muy importante porque en él se contemplan la solemne realidad de la vida cotidiana, en definitiva la razón y la sinrazón reducida a un escenario, pero con todo la complejidad de lo creado. Su narración de hoy le acredita de extraordinario humanista y competentísimo estudioso de la sociedad.

Pertenece a ese grupo de médicos que profesan o profesaban la curiosidad total por el hombre y así expresa en primer lugar el concepto de la locura, o pérdida de la razón, a través de los tiempos, desde la aparición del hombre, centrando sus primeras palabras en la definición de la sinrazón para introducirse después en la aplicación de los primeros tratamientos, que recibieron el nombre de "tratamiento moral". Hay que encontrar la frontera entre la razón y la sinrazón, no siempre fácil.

El Dr. Franco se adentra en este asunto desde la experiencia de un clínico en la aceptación de que la razón y la sinrazón se tocan. Y se pregunta: ¿Existe la locura? Y contesta: probablemente sí, pero ni todo el mundo está siempre cuerdo ni siempre loco. El loco ni es Dios ni Demonio, es persona. Los síntomas que definen la sinrazón los encontramos en las personas supuestamente razonables. La razón-dice-es única pero la sinrazón muestra muchas y diversas formas.

La base del funcionamiento cerebral y su aplicación a la esquizofrenia es un capítulo fascinante en el que el Dr. Franco plantea una primera aplicación de la sinrazón y señala a los sueños como un pensamiento automático.

La locura de amor la describe con pocas palabras, pero creo que si se podría afirmar que siempre hay un poco de locura en el amor y siempre hay un poco de razón en la locura.

En muy interesante la valoración de los ruidos durante el día en el que no son percibidos y sin embargo con la luz apagada, en la noche, llegan a serlo, aprovechando esta circunstancia para referirse al delirio y a la amenaza de una relación de estrés.

Establece tanto el papel del Psiquiatra como la organización de la red de salud mental.

Al referirse a Sócrates, que es un ejemplo que puede servir para comprobar que la locura y la cordura distan poco, afirma que es considerado uno de los filósofos mas grandes de la Historia, pero me va a permitir nuestro nuevo académico que haga un breve comentario. Es verdad que Sócrates no escribió una línea en su vida, pero viajó por las calles de su sagrada ciudad hablando con los hombres, buscando con la palabra la verdad íntima de las cosas, la razón de ser de lo humano. Reconstruyó la *areté*, el siempre nuevo y siempre eterno modelo de virtud entre las cenizas de un mundo destruido por la guerra y teñido de desconfianza. Murió en nombre de una estética, para parecerse a lo que era y ser en la última hora tal y como parecía. Al Sócrates esquizofrénico le hubieran valido aquellas palabras de D. Quijote, un loco lúcido: unos van por el ancho campo de la ambición soberbia; otros por el de la ambición servil y baja; otros por el de hipocresía engañosa; y algunos por el de la verdadera religión; pero yo inclinado de mi estrella voy por la angosta senda de la caballería andante por cuyo servicio despreció la hacienda, pero no la honra.

Porque acaso ¿se puede ser mas cuerdo e inteligente que Sócrates? Dice el Dr. Franco.

Un capítulo especial, el del enamoramiento es apasionante y tratado de forma sutil con las características de ser específicamente humano (no se conoce animales que se enamoren) y tiene una mayor vulnerabilidad a la esquizofrenia.

Ha cuidado expresar sus ideas y sensaciones con claridad y ésta es sin duda la mayor de las bellezas. Y es que la preparación científica, la disciplina y la mente científicas, suponen cuando son rigurosas y verdaderas una fuente de terreno propicio donde nacen las plantas del saber, que especialmente se cultivan. Nos ha contado con gravedad fundamental lo que pasa en este mundo, que es lo que pasa en todo el mundo.

_____ _____ _____

Todo lo que se acaba de decir palpita de vida verdadera porque lo más profundo lo más grave decía Fernández Flórez es esto: “Vivir”.

Y no podía faltar mi saludo y felicitación a su mujer Marta, que ha sido nuclear en su vida y a sus hijos a cuya comprensión y paciencia debe Manuel Ángel Franco Martin su ejemplar y sustanciosa trayectoria vital.

Creo que la Real Academia de Medicina de Salamanca, puede celebrar la incorporación de una de esas personas que pertenece a la estirpe de los mejores y que nos permite poder afirmar que al conocimiento se llega por el esfuerzo y a la satisfacción por la obra bien hecha.

Sea cordialísimamente bienvenido

He dicho.