



La salud mental en el siglo XXI

Mental health in the 21st century

Fabricio de Potestad Menéndez

Jefe de Servicio de Psiquiatría. Director del Sector I-A de Salud Mental.
Servicio Navarro de Salud.

Ana Isabel Zuazu Castellano

Psicóloga Clínica. Centro de Salud Mental de Estella.
Servicio Navarro de Salud.

Resumen

El objetivo que persigue este artículo es describir, mostrar y valorar críticamente la cuestión de la salud mental en los albores del siglo XXI. Surge este trabajo como una breve y obligada reflexión tras treinta años de experiencia dedicado a la Psiquiatría. Nace también gracias a la valiosa contribución de la coautora, sin la cual no hubiera sido posible este trabajo.

En este artículo se afrontan numerosas cuestiones de actualidad, aunque no de forma suficientemente articulada y amplia, dado que estas reflexiones cuentan con una insalvable limitación: su carácter sintético. Para ser más sistemático y completo habríamos debido escribir un trabajo mucho más extenso, pero en tal caso habría asumido unas características enteramente distintas. Por dicho motivo, remitimos al lector, con objeto de dar más hondura a su avidez noética, a lecturas bibliográficas posteriores y a fuentes originarias.

Abstract

This words intends to reflect on the current situation of mental health in the beginning of the

21st century. For obvious reasons, this is just an overview and other sources should be consulted if desired.

Palabras clave

Psiquiatría biológica. Terapia cognitiva. Psicología social.

Key words

Biological psychiatry. Cognitive therapy. Social psychology.

Introducción

Durante las dos últimas décadas del siglo XX la psiquiatría y la psicología se han consolidado, sin lugar a dudas, como especialidades clínicas, pero, en nuestra opinión, más como práctica que en lo que hace referencia a sus fundamentos teóricos. La elaboración de una epistemología psicopatológica que sirva de soporte a la hora de comprender de forma bio-psico-social los trastorno del comportamiento humano sigue siendo un problema histórico sin



resolver. Tan sólo disponemos de una semiología, un catálogo de síntomas, sólo útil para el diagnóstico clínico y para el entendimiento entre profesionales. Ni siquiera está delimitado con suficiente rigor y claridad el objeto epistémico de la psicopatología, aunque parece existir un amplio consenso en que nuestra disciplina clínica se ocupa de la conducta alterada.

La discusión, aún no resuelta del todo, acerca del ámbito científico de la psiquiatría y la psicología clínica ha dado lugar a numerosos paradigmas y tendencias escolásticas que han especulado a lo largo del siglo pasado sobre la naturaleza de los trastornos mentales y de su posible clasificación. No cabe duda que esta dispersión ha dificultado la comunicación y entendimiento entre profesionales. De aquí la aparición de clasificaciones intencionadamente ateóricas, esto es, sin ninguna fundamentación psicopatológica. Estos listados de trastornos mentales están basados, guste o no, en una semiología clínica reducida y de carácter descriptivo, sustentada en simples criterios estadísticos, es decir, no son otra cosa que agrupaciones sintomáticas delimitadas por consenso mediante criterios de inclusión y exclusión.

Nadie puede ni debe negar las bondades de estos manuales diagnósticos, pues nos permiten lograr una buena comunicación entre clínicos, incrementar la fiabilidad diagnóstica y, por tanto, prescribir la terapéutica apropiada, establecer factores pronósticos y posibilitar la investigación. Sin embargo, tampoco podemos soslayar que el diagnóstico continúa basándose en la observación de la conducta del paciente, a la que reputamos de anómala y la incluimos en entidades supuestamente naturales, pero que no dejan de ser meras convenciones entre profesionales.

Sería deseable que se detectara una correspondencia entre estas entidades clínicas convenidas y los procesos neurobiológicos y neurofisiológicos que determinan los comportamientos anómalos, pero aún en ese caso, es discutible,

desde la perspectiva epistemológica, que pueda llegar a explicarse la conducta enferma en términos exclusivamente neurobiológicos, pues tal reducción es, por principio, imposible. Si despreciamos el ámbito de lo subjetivo y la influencia de lo social nunca lograremos comprender plenamente el enfermar psíquico. No es posible una descripción ateórica de los fenómenos psicopatológicos realizada a partir de la pura observación, pues estos fenómenos se dan junto con determinadas vivencias subjetivas cargadas de significados e intenciones, que no pueden ser comprendidos sin aprehender la conducta y la vivencia como una unidad inseparable, que necesita ser interpretada desde los postulados de una construcción teórica.

Del corpus hipocrático al CIE 10

En opinión de los escritores del corpus hipocrático, la clínica se une a un saber teórico sobre el ser humano y el mundo en el que vive; más aún, consideran que no es posible saber medicina sin saber qué es el hombre.

Los diálogos didácticos de Platón, en los que nunca desligó la parte del todo, fueron retomados a lo largo de la historia de la psiquiatría por numerosos y relevantes autores que pretendieron constituir los fundamentos teóricos de la práctica psicopatológica. Sin embargo, pronto quedaron atrás la perspicacia y categorización clínica de Pinel, Esquirol, Griessinger o Kretschmer.

El discurso psiquiátrico se aleja cada vez más de una actividad clínica que eleve sus reflexiones a cuerpo teórico psicopatológico. Tanto es así que avanzado el año 2003, los grandes clásicos de la Psiquiatría reposan confinados en los anaqueles de las bibliotecas de vetustos hospitales psiquiátricos, en fotocopias mimadas como tesoros por algunos clínicos tildados de trasnochados y, en algunos casos, revitalizados en reediciones que enaltecen a sus promotores y editores.



No debemos olvidar que los clásicos como Kraepelin, Bleuler, Lasègue, Jaspers, Kahlbaum, Séglas, Clérambault, Bellak o Ey, fueron especialmente minuciosos en sus análisis de los fenómenos, en la articulación y vinculación de grupos de fenómenos entre sí y en la discriminación brillante y sutil de unas agrupaciones fenoménicas respecto de otras. También en nuestro país la psiquiatría adquirió una importancia relevante, y ello se debió al impulso que determinados profesionales produjeron en su desarrollo. Esto es precisamente lo que aconteció en España durante los últimos dos tercios del siglo pasado. Si se quiere citar algunos nombres que personifiquen este impulso, serían los de Carlos Castilla del Pino, Luis Martín Santos, Juan José López Ibor, Juan Antonio Vallejo Nágera y Federico Soto Yarritu.

En las dos últimas décadas del siglo pasado, inventarios premeditadamente ateóricos de los trastornos mentales pretenden constituirse como la categorización epistemológica de la práctica psiquiátrica. Más allá de su función indiscutible de homologación terminológica y de unificación de la jerga técnica de cuya necesidad nadie duda, estos listines, manuales, breviarios, propedéutica o saber clasificatorio, en definitiva, que supuestamente delimita con precisión inequívoca unas entidades psicopatológicas que se describen como agrupaciones naturales de síntomas, cuando en realidad son meras convenciones semiológicas, escinden el saber psiquiátrico entre la práctica y la teoría, dejando a la clínica huérfana, sin categorías psicopatológicas que soporten su quehacer. Además, en muchos casos, el diagnóstico efectuado mediante estos manuales no tiene valor añadido, es decir, es pura tautología. Si diagnosticamos de trastorno obsesivo a un paciente que nos refiere tener ideas obsesivas recurrentes, no añadimos nada que el enfermo no supiera con anterioridad. En cambio, si diagnosticamos de neumonía a un paciente afecto de dolor torácico en el costado, tos seca con esputos herrumbrosos, disnea y fiebre, el diagnóstico tiene un claro valor añadido a lo manifestado por el paciente, pues indica algo tan concreto

como un proceso inflamatorio de los alvéolos e intersticios pulmonares.

Aunque intuimos que los textos tipo DSM-III o CIE-10 poco nos aportan acerca de lo que de verdad es la esquizofrenia o los trastornos afectivos, nuestra práctica clínica parece subyugada por el contenido concreto y práctico de estos manuales. El riesgo que entraña esta actitud estriba en que las nuevas generaciones de clínicos podrían perder el interés por la investigación de la estructura íntima de los cuadros psiquiátricos. Lo cierto es que actualmente psiquiatras y psicólogos se interesan escasamente por el estudio de la evolución de conceptos como neurosis, esquizofrenia o psicosis maníaco depresiva, y consideran esta materia como superflua y alejada de la realidad clínica.

No cabe duda de que hemos optado por el camino más corto para acceder al conocimiento, que permite, sin duda, una rápida inserción en la práctica, pero tampoco nos cabe duda de que este camino es el más pobre desde el punto de vista intelectual. El peligro de este excesivo pragmatismo es que hagamos un ejercicio reduccionista de la condición humana, teniendo en cuenta que pensamos que es una obligación ética y científica el hecho de abordar de una forma integral el fenómeno de la enfermedad mental.

El afán de pragmatismo que inunda la práctica clínica actual nos enfrenta a la posibilidad cierta de creernos que con sólo una serie de ítems, productos del consenso entre clínicos, a los que remitir lo observado o referido por los pacientes, estamos en posesión de un genuino saber psicopatológico. No es posible acceder a la riqueza del contenido de los fenómenos psicopatológicos sin haber estudiado el desarrollo general de las ideas acerca del ser humano, de las cuestiones filosóficas, antropológicas y sociológicas.

El saber psiquiátrico y psicológico no sólo debe estar orientado a la adquisición de



amplios conocimientos científicos, sino también a poseer los mismos con la suficiente consistencia intelectual y dignidad ética.

Pese a todo, el progreso efectuado por la psiquiatría y la psicología clínica en las últimas décadas es notable. Quizá el rasgo que mejor defina a la psicopatología actual sea su carácter holístico, su aproximación a la totalidad de las cuestiones que suscita el estudio de la conducta humana, lo que la diferencia claramente de la dispersión escolástica que caracterizó a nuestra disciplina clínica en pasado siglo. Este carácter holístico alcanza su máxima expresión en la denominada Salud Mental Comunitaria, la cual, asimismo, se distingue netamente de la psiquiatría asilar que con exclusividad se dispensaba hasta hace unas décadas.

Sin embargo, el elemento sustancial de la práctica clínica de este siglo, que sin lugar a dudas ha supuesto un enorme salto cualitativo, es el paso de la práctica clínica basada en la eminencia, la vehemencia o la providencia a la práctica basada en la evidencia científica. La aplicación de criterios clínicos basados en pruebas sólidas, provenientes de la investigación científica, ayudarán, sin duda, a utilizar con mayor fiabilidad los tratamientos considerados más eficaces y a desaconsejar el uso de aquellos que se muestran inútiles. Esto va a permitir, por fin, elaborar una cartera de servicios en la cual se podrán jerarquizar por orden de prioridad los tratamientos que se muestren más eficaces en cada trastorno mental, en detrimento de aquellos otros de dudosa utilidad. Por último, la práctica clínica basada en la evidencia científica va a ser un instrumento de indudable valor para erradicar de una vez por todas la absurda práctica actual en la que el enfermo, independientemente de su enfermedad, es tratado de acuerdo con el modelo teórico aprendido por uno u otro profesional.

El psiquiatra y el psicólogo clínico actual disponen de un arsenal terapéutico eficaz, integrado por tratamientos farmacológicos, psicológi-

cos y rehabilitadores de déficits psicosociales, basados en pruebas científicas, cuyas posibilidades de aliviar, mejorar o curar son análogas a las de otros especialistas clínicos.

Esta transformación de la práctica psiquiátrica y psicológica se nutre de tres grupos de ciencias, que constituyen a su vez tres niveles de aproximación al estudio de la conducta humana: ciencias neurobiológicas, ciencias de la conducta y ciencias sociológicas.

El conocimiento neurobiológico

Los procesos biológicos constituyen una condición *sine qua non* para que se produzcan las enfermedades mentales, pero no son suficientes para su descripción integral y mucho menos para su interpretación.

Las contribuciones de la neurobioquímica, la psicofarmacología, la genética, la informática y, más recientemente, de los estudios efectuados con tomografía por emisión de positrones y tomografía computarizada por emisión de fotón único, han determinado un importante avance en el conocimiento de las bases biológicas de la conducta humana.

La consecuencia más evidente de este avance es que, tras el auge de los modelos psicológicos del sujeto y de la conducta, que provocaron la irrupción del psicoanálisis y el conductismo en la psiquiatría académica, se ha producido el retorno al biologismo que había caracterizado a la psiquiatría de finales del siglo XIX y principios del XX, representado entonces por el axioma de Griessinger: *las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro*, sólo que ahora, iniciado el nuevo siglo, vuelve no como alteraciones anatómicas del encéfalo, sino como disturbios neurobioquímicos y de transmisión cerebral del impulso neuronal.

El descubrimiento de los psicofármacos en la década de los años cincuenta revolucionó el



tratamiento de las enfermedades mentales hasta el punto de que la psiquiatría comenzó a equipararse al resto de especialidades médicas. Sin lugar a dudas, los psicofármacos representan un cambio sustancial en el ámbito asistencial, pues permiten que muchos pacientes, anteriormente condenados a hospitalizaciones prolongadas, en la actualidad puedan vivir total o parcialmente integrados en su comunidad.

La mejor respuesta de ciertas formas de ansiedad a los antidepresivos que a las benzodiazepinas, nos han llevado a replantearnos nosológicamente la verdadera naturaleza del trastorno de ansiedad. Tampoco va a dejar de tener repercusiones nosológicas el hecho de que los antidepresivos sean el fármaco de elección en cuadros clínicos tan aparentemente diferentes como la depresión, el trastorno de ansiedad, el trastorno obsesivo-compulsivo o la anorexia mental. Este hecho sin duda suscita numerosos interrogantes.

Tampoco debemos olvidar que la investigación farmacológica y los estudios de neuroimagen han hecho avanzar los conocimientos acerca de la bioquímica de los trastornos mentales: teoría de la hipoactividad dopaminérgica prefrontal e hiperactividad dopaminérgica del sistema límbico, originaria de los síntomas negativos y positivos respectivamente en la esquizofrenia; teoría aminérgica de los trastornos afectivos o la teoría serotoninérgica del trastorno obsesivo.

En lo que hace referencia a la neurobioquímica, en los últimos años se ha incrementado considerablemente el conocimiento de los neurotransmisores y receptores nerviosos. Se han descubierto receptores específicos para la morfina, las benzodiazepinas, la imipramina y otras sustancias psicoactivas. Asimismo se conocen algunos aspectos de las relaciones entre el sistema endocrino y la actividad cerebral, lo que ha permitido diseñar marcadores biológicos de determinados trastornos mentales como el test de supresión con dexametasona, test de la respuesta tiroidea a la administración de TSH o el

test de la clonidina, todos ellos involucrados en el diagnóstico de la enfermedad depresiva. Estos marcadores biológicos permiten a veces ratificar un diagnóstico, evaluar la gravedad del trastorno e incluso establecer subgrupos de pacientes según criterios biológicos.

El espectacular avance de la genética molecular ha descubierto posibilidades en la investigación de las bases biológicas de la enfermedad mental, insospechadas hace apenas unos años. Los estudios familiares y de adopción pusieron de manifiesto muy pronto la importancia de los factores genéticos en la mayoría de los trastornos mentales. Sobre este tipo de estudios se basa la evidencia de que la vulnerabilidad para la enfermedad mental es un riesgo biológicamente determinado y, además, presente en todas las poblaciones. El progreso efectuado en genética molecular probablemente va a posibilitar la localización exacta de los genes involucrados en esta particular vulnerabilidad, origen, en parte al menos, de numerosas enfermedades mentales. Aunque resta mucho por hacer en esta materia, parece obvio que las posibilidades futuras de la investigación genética son innumerables. Así, por ejemplo, la detección de marcadores de vulnerabilidad genética permitirá seleccionar sujetos con riesgo genético para la esquizofrenia, no afectados clínicamente, con objeto de desarrollar estrategias de prevención.

Como conclusión de lo expuesto hasta aquí acerca de la investigación neurobiológica, cabe señalar que los hallazgos obtenidos son todavía poco concluyentes y, en ocasiones, contradictorios. Los datos obtenidos no son específicos ni siquiera muestran claramente su delimitación topográfica cerebral. Todo lo más, aunque sin duda muy esperanzador, muestran que los trastornos mentales se correlacionan con alteraciones bioquímicas, pero esta correlación no es suficiente como para hablar de etiología. Por lo tanto, el diagnóstico en psiquiatría sigue siendo psicopatológico.



El conocimiento psicológico

Los estudios hereditarios confirman que el trastorno bipolar y la esquizofrenia son entidades que presentan una débil penetrancia genética y, por tanto, parece claro que intervienen también en su etiología factores psicológicos y ambientales. Se decía que la esquizofrenia era un trastorno hereditario de carácter recesivo poligénico y de penetrancia incompleta, actualmente parece más correcto hablar de *umbral de vulnerabilidad* cuya transmisión genética sigue un patrón aún no determinado.

Es contradictorio, por todas estas consideraciones, construir una psiquiatría de base exclusivamente somática. El modelo de salud mental ha de ser obviamente biopsicosocial. En este sentido, el siglo pasado ha sido testigo de importantes contribuciones psicológicas con objeto de construir una psicopatología que permitiera explicar las enfermedades mentales, tomando como objeto científico no la conducta, sino el sujeto enfermo.

La fenomenología de Jaspers consideró lo psíquico como un hecho empírico y como tal susceptible de ser descrito. Lo psíquico es la vivencia que el paciente experimenta y ésta sólo puede obviamente analizarse en la forma en que se presenta, sin embargo este intento descriptivo de la fenomenología quedó invalidado por la imposibilidad de objetivar la vivencia. La vivencia es forzosamente distorsionada por la propia subjetividad del observador, por lo que se entra de lleno en el ámbito de lo especulativo-interpretativo. En definitiva, la fenomenología constituye una psicopatología basada en una metodología subjetiva e introspectiva y, por tanto, nada acorde con los criterios de científicidad.

Freud contribuyó a la psicopatología con una aportación netamente psicológica, el psicoanálisis. Pese a que es dudosa la científicidad de algunos de sus postulados, hasta el momento es la única teoría del sujeto coherente y con

suficiente valor heurístico, capaz, además, de explicar todas las vivencias y conductas sean normales o alteradas. El psicoanálisis pretende esclarecer las motivaciones e intencionalidades inconscientes del comportamiento humano, que entran en conflicto con el ámbito de la conciencia, generando supuestamente los síntomas. Su axiomática es quizá excesiva y sus resultados difícilmente verificables, aunque la vasta experiencia de muchos profesionales es positiva.

El modelo propuesto por Freud parece algo alejado de la realidad, sin embargo, alguno de los desarrollos posteriores, en particular el lacaniano, han dado una mayor racionalidad a la teoría psicoanalítica.

Por otra parte, la aplicación de los postulados de la psicología dinámica a la clínica psiquiátrica ha dado como resultado la creación de numerosos tipos de psicoterapias como el psicoanálisis grupal, la psicoterapia focal o el psicodrama.

Otra aportación psicológica interesante es la teoría de la comunicación, propuesta por la escuela norteamericana de Palo Alto. Este modelo atiende fundamentalmente a los aspectos interpersonales y desdeña los intrapsíquicos, poniendo más énfasis en los efectos de la comunicación que en las intenciones de la conducta. Algunas de sus aportaciones como la hipótesis del doble vínculo, ejemplo de paradoja comunicacional, supone una explicación muy sugerente de la génesis de la esquizofrenia. Asimismo, este modelo ha dado frutos importantes en su aplicación a la psicoterapia de pareja y de familia.

En virtud de la influencia que el positivismo ejerció sobre la epistemología surgió un nuevo modelo psicológico centrado en la conducta, pero soslayando el sentido y la intencionalidad de ésta, no por inexistente, sino, simplemente, por considerarla no objetivable y, por ende, no susceptible de investigación científica. Sin



embargo, esta meticulosidad científica contiene una paradoja. Este reduccionismo, que mutila una buena parte de la realidad del enfermar humano, determina que el modelo se muestre insuficiente para dar cuenta de los fenómenos psicopatológicos en su complejidad, que es como realmente acontecen. De alguna manera, los modelos psicológicos reduccionistas, por impecable que sea el método científico empleado, dan la espalda a la realidad y desdeñan, en cierto modo, la verdad, y eso representa una actitud incompatible con el espíritu de la ciencia.

A pesar de ello, el conductismo ha contribuido con importantes conocimientos acerca de los mecanismos del aprendizaje y ha aportado técnicas de modificación de conducta, que se han revelado muy eficaces en el tratamiento de ciertos problemas, como los trastornos de ansiedad, la fobia o los trastornos alimentarios.

El conductismo clásico, dadas sus limitaciones, sufrió modificaciones importantes, culminando en el llamado cognitivismo-conductual. La psicología cognitiva está actualmente en proceso de expansión y no es de extrañar que esté llamada a ser la psicología del nuevo siglo. De hecho es eficaz en el tratamiento de numerosas enfermedades mentales como el trastorno obsesivo, la fobia, la depresión e incluso la esquizofrenia y el trastorno bipolar.

Esta corriente pretende dilucidar como funciona la mente y a partir de esto explicar la conducta externa, pues parte de la base de que ésta se genera en los procesos mentales internos. La mente se comporta como un ordenador procesador de información, es decir, que epistemológicamente la relación cerebro/mente es análoga a las del hardware (soporte técnico) y software (programa funcional) respectivamente. Con este armazón conceptual se pretende llegar a conocer las propiedades funcionales de la mente y de hecho muchos han sido los avances. Sin embargo, su propia axiomática, por mucho que se compliquen sus esquemas teóri-

cos, supone, en nuestra opinión, una limitación insalvable a la hora de conocer la intencionalidad y sentido de la conducta. No es posible reproducir la mente humana en un ordenador ni reducir su complejidad a un modelo hardware/software.

En la vida, los seres humanos, a veces tropiezan, pierden comba y la suerte les esquiva. Vagan sin parar por estados de ánimo feroces y opresivos. Llegado a este punto, no les basta todo su arte para ocultar su aflicción o vestirla a la moda. En esa coyuntura anímica, huera y baudeleriana, no pueden observar la realidad sino con los quevedos de Quevedo, deformantes como los espejos de Valle-Inclán, que también usaba quevedos. Su puntual y subjetiva atalaya les ofrece, sin duda, una perspectiva menos atractiva, repleta de desdichas en aumentativo y de alborozos en diminutivo. ¿Qué ha ocurrido? Simplemente que el sujeto, sistemáticamente denodado como objeto epistémico de la ciencia psiquiátrica, ha enfermado, aunque de él sólo interese el síntoma y su alterada conducta. En buena lógica, el discurso antropológico del enfermar psíquico, necesariamente bio-psico-social, está siendo sustituido por el panegírico de un modelo psiquiátrico farmacodependiente y rudimentariamente biológico, que conlleva, además, una práctica psicológica de clara vocación conductista, donde importa menos el saber como su fácil manejo. No pretendemos cuestionar la validez de ambos modelos terapéuticos, nada más lejos de nuestra intención sino tan sólo perseguimos remarcar sus limitaciones, pues sus restrictivas coordenadas teóricas camuflan la problemática subjetiva y social de fondo y actúan casi exclusivamente sobre el síntoma en su parte más emergente, esto es, sobre aquello que aflora a la superficie, sobre lo que hace ruido, en definitiva, lo que molesta socialmente. La salud mental, más conservadora que nunca, emerge no mucho más allá de su enroque tradicional, nutriendo la práctica asistencial de jóvenes especialistas impregnados por el discurso más sencillo del fármaco y seducidos por la ágil intervención conductista. No debe sorprender-



nos que los servicios de salud mental no sean, hoy día, otra cosa que un conjunto de estructuras ambulatorizadas que funcionan a la luz del modelo médico tradicional, tanto en cuanto a las técnicas de intervención terapéuticas, basadas casi exclusivamente en prescripciones farmacológicas, como a las relaciones con los pacientes, que se reducen prácticamente a las consultas convencionales.

Si despreciamos el ámbito de lo subjetivo nunca lograremos comprender plenamente el enfermar psíquico. No es posible una descripción de los trastornos mentales efectuada a partir de la pura observación de la conducta del enfermo, soslayando el elemento fundamental del enfermar que no es otro que el sujeto mismo con sus motivaciones, intencionalidades y sus opacos móviles inconscientes, operantes en grado sumo. *Todo lo que es profundo necesita una máscara*, dijo Nietzsche.

Solamente una visión totalizadora, que incluye ineludiblemente al sujeto, tiene el suficiente valor heurístico como para ser capaz de explicar de forma coherente todas las vivencias y comportamientos, ya sean normales o alterados. Todo conocimiento científico que se plantee desentrañar lo profundo del enfermar psicopatológico debe ahondar en la experiencia subjetiva en la que se revelan los verdaderos móviles de toda actuación humana y donde los síntomas adquieren su auténtico significado biográfico.

El ser humano no puede ser reducido a un comportamiento que se observa, a una mera conducta, si acaso, susceptible de ser técnicamente modificada, lo que inevitablemente le convierte en prisionero de la coseidad. El sujeto debe manifestarse, revelar su profundidad, exteriorizar su interioridad, objetivarse y darse a conocer. El sujeto debe encontrar una existencia carnal, activa y consciente en su enfermar, retornar hacia sí mismo, superada la alienación que representa su impuesta identificación con el síntoma.

El sujeto debe ser entendido como un yo subjetivo e individual, con conciencia de sí mismo. El sujeto es proyecto, es aquello a lo que se dedica. Carece de uniformidad y de unidad, pues a lo largo de su experiencia vital son muchos y diferentes los sujetos que se dan en un individuo. Un ser humano no es nunca igual así mismo ni psíquica ni físicamente. Es una sucesión de yoes desperdigados. Es como el grifón dantesco, que sin dejar de ser el mismo, cambia constantemente de figura. Quizá sería más exacto hablar, pues, de sujetos en plural. El sujeto no nace, se hace. No tiene pues estabilidad. El sujeto es un proceso, una serie de actos y de movimientos en un devenir incesante. No tiene perennidad. Es intermitente. Se manifiesta en cada acto y se agota en cada proyecto, renaciendo modificado al ocuparse de una nueva actividad. Su destino es, pues, la persecución obstinada de fines unilaterales. ¿Qué es, entonces, el sujeto? Es ser consciente de sí mismo, tener memoria de su propia secuencia biográfica, pese a los constantes cambios identitarios y morfológicos, sin confundirse nunca con lo que uno no es. La conciencia y la memoria rescatan, de esta suerte, la dispersión, la falta de estabilidad, identidad y perennidad del sujeto, aportándole, definitivamente, coherencia y vivencia de mismidad. Sin embargo, en este mundo cotidiano y prosaico, el sujeto no puede exteriorizarse enteramente. Sus actividades no constituyen una emanación plena de todo su potencial humano, sino tan sólo una multiplicidad de detalles. Su vida, contingente, dependiente, frágil y siempre incompleta, representa una constante inquietud, avidez, angustia y miedo. En una palabra, es un ser que vive asediado en todos los sentidos por la conciencia de su finitud.

Conocimiento social y cultural

El ser humano nace y se hace en un contexto social que le precede. Alcanza su condición de sujeto en ese tiempo mítico denominado Edipo y consolida su singular condición en la



interacción social. Su mundo subjetivo procede de la interiorización y asunción de normas y valores de los grupos sociales con los que se relaciona, especialmente de la familia. Es obvio que existe, pues, una estrecha relación entre las pautas culturales de conducta y el desarrollo de la personalidad. Igualmente existe, sin duda, una influencia relevante de la cultura en la génesis, curso, pronóstico, prevención y tratamiento de determinadas enfermedades mentales.

Está demostrado que las alteraciones mentales en su conjunto son más frecuentes en las clases sociales bajas que en las acomodadas. La incidencia de las psicosis es mayor en las clases bajas, mientras que las llamadas antiguamente neurosis se dan con más frecuencia en las clases económicas más pudientes. Las personas divorciadas enferman con más frecuencia que los casados. Estos datos vienen a demostrar el relativismo de los datos biológicos y psicológicos en salud mental. Las aportaciones de las ciencias sociales ponen en cuestión los reduccionismos biólogos y psicólogos y dan primacía a aquellos modelos que, sin perder de vista la importancia del conocimiento neurobiológico y psicológico, abordan el problema de la enfermedad mental desde una perspectiva integral bio-psico-social.

No pretendemos con estas reflexiones recrear de nuevo el escenario del siglo pasado, que si por algo se caracterizó fue por la confu-

sión escolástica, que dio lugar a numerosos paradigmas desde los cuales se pretendía explicar la naturaleza de los trastornos mentales. Somos conscientes de que después de caer agua sin tregua, la lluvia acaba por mojar el propio agua. No es nuestra intención, pues, que cada corriente o escuela, cada cenáculo y cada capilla, que todavía las hay, retornen con innecesario furor dialéctico para alzarse con el santo y la limosna. Tan sólo apuntamos unas pocas notas, quizá algo apresuradas, orientadas hacia una nueva epistemología del enfermar psíquico.

Se dice que hemos entrado de lleno en la era del cerebro, pues bien, aún siendo relativamente cierto este aserto, a modo de epílogo queremos afirmar que, en realidad, la salud mental del siglo XXI nos va a conducir inexorablemente a una epistemología psicopatológica del ser humano entendido como un sujeto, esto es, como una unidad biológica dotada de subjetividad, libre y contingente, sin poder moderador alguno ni última apelación posible, que se manifiesta a través de comportamientos intencionados y amenazada por fuerzas inasibles y, a su vez, integrada socialmente.



Dirección de contacto

Fabricio de Potestad Menéndez

Centro de Salud Mental I-A

C/ Compañía s/n - 31001-Pamplona.

Tel: 948 20 66 35 - Fax: 948 20 64 09

E mail: fabdepopa@latinmail.com

BIBLIOGRAFÍA

- Baca, E.: "Hechos y valores en Psiquiatría" Editorial Triacastela, Madrid, 2003.
- Beals, R.: "Introducción a la antropología" Ediciones Aguilar, Madrid, 1978.
- Bellak, L.: "La esquizofrenia" Editorial Herder, Barcelona, 1968.
- Bloch, S.: "La ética en psiquiatría" Editorial Triacastela, Madrid, 2001
- Breger, L.: "Freud: el genio y sus sombras" Ediciones Grupo Z, Buenos Aires, 2001.



- Bustamante, M.: "Estudios sobre neurobiología, neurología y psiquiatría" Edita Diputación de Vizcaya, Bilbao, 1976.
- Caro, I.: "Manual de Psicoterapias cognitivas" Editorial Paidós, Barcelona, 1997.
- Castilla del Pino, C.: "Criterios de objetivación en psicopatología" Ediciones Mariar S.A. Sevilla, 1997.
- Conrad, K.: "La esquizofrenia incipiente" Editorial Triacastela, Madrid, 1997.
- Ey, H.: "Estudios sobre los delirios" Editorial Triacastela, Madrid, 1998.
- Feighner, J.P.: "Diagnostico de la depresión" Ediciones Willey& Sons, Nueva York, 1991.
- Guimón, J.: "Introducción a la Psicopatología" Wyeth, Madrid, 2001.
- Gutierrez, M.: "Esquizofrenia: entre la sociogénesis y el condicionamiento biológico" Ediciones de neurociencias, Barcelona, 1995.
- Hare, E.: "El origen de las enfermedades mentales" Editorial Triacastela, Madrid, 2000.
- Kant, E.: "Crítica dela razón pura" Editorial Porrúa S.A. México, 1987.
- Kretschmer, E.: "El delirio sensitivo de referencia" Editorial Triacastela, Madrid, 2000.
- López Ibor, J.J.: "OMS. CIE-10" Gráficas Forma S.A. Madrid, 1994
- Morales, F; Olza, M.: "Psicología social y trabajo social" Editorial Isabel Capella, Madrid, 1996.
- Parrillada, E.: "Esquizofrenia negativa" Ediciones Aula Médica, Barcelona, 2002.
- Pichón, P.: "Ciclo vital y trastornos psiquiátricos graves" Ediciones Aula Médica, Madrid, 1998.
- Potestad, F. et alt.: "Nuestra respuesta social e institucional al Hospital Psiquiátrico de Pamplona" Fondo de Publicaciones del Gobierno de Navarra, Pamplona, 1991.
- Rifflet, A.: "Introducción a la teoría de Lacan" Edhasa, Barcelona, 1971.
- Rimm, D.: "Terapia de la conducta" Ediciones Trillas, México, 1981.
- Rocher, G.: "Introducción a la sociología" Ediciones Herder, Barcelona, 1975.
- Schneider, K.: "Psicopatología clínica" Editorial Triacastela, Madrid, 1997.
- Stevenson, L.: "Siete teorías de la naturaleza humana" Colección Teorema, Madrid, 1974.
- Valdes, M.: "Breviario DSM-III" Ediciones Masson S.A. Barcelona, 1988.
- Vieta, P.: "Hipomanías" Ediciones Aula Médica, Barcelona, 2002.