

eidon

27
número

REVISTA DE LA FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

La Salud Mental

Entrevista

José Luis Pinillos

Desde la Memoria

Historia, Medicina y Ciencia en
torno a Darwin

marzo-junio 2008



2

**revista
eidon**

**FUNDACIÓN
DE CIENCIAS
DE LA SALUD**

PATRONATO

PRESIDENTE

Diego Gracia

VICEPRESIDENTE

Rodrigo Becker

SECRETARIO

José Miguel Colldefors

VOCALES

Emilio Bouza

José Cadórniga

Rafael Dal-Ré

Emilio Díez

José M. Mato

Gonzalo París

Juan M. Pérez Santos

Javier Puerto

DIRECTORA

M^a Dolores S. de Puerta

número

REVISTA DE LA FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD



CONSEJO DE redacción

DIRECTOR
Javier Puerto

COORDINACIÓN
Beatriz Juanes

COLABORADORES
EN ESTE NÚMERO

Enrique Baca
Antonio Colodrón
Alberto F. Liria
Rafael Huertas
Juan J. López-Ibor
Gustavo Martín Garzo
José Luis Peset
Miguel Ángel Puig-Samper
Jerónimo Sáiz

REDACCIÓN
Beatriz Juanes
Rafael Pérez Ybarra
Yolanda Virseda

DISEÑO Y MAQUETACIÓN
Albarte Comunicación

FOTOGRAFÍA
Archivo y Alfonso Esteban

IMPRIME
Gráficas Enar, S.A.

FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD
Plaza Carlos Trías Bertrán, 4-2º.
28020-Madrid

Tel.: 91 353 01 50. Fax: 91 350 54 20
e-mail: info@fcs.es

ISSN: 1575-2143
D.L.: M-7360-1999

FE DE ERRATAS

En la página 6 del número 26, en el artículo *Los límites de la ciencia*, aparecía en la entrada el texto griego $\lambda\acute{o}\chi\omicron\varsigma$ cuando en realidad debía decir $\lambda\acute{o}\gamma\omicron\varsigma$

número
MARZO-JUNIO

2

7
sumario

EDITORIAL

PLATAFORMA DE DEBATE

BIOÉTICA

ENTREVISTA

SALUD

CON MANO AJENA

EN TIERRA DE NADIE

DEL PASADO AL PRESENTE

DESDE LA MEMORIA

CRÍTICA DE LIBROS

AGENDA

4 El reto de la Salud Mental

6 ¿Qué se considera enfermedad mental?

• Jerónimo Sáiz

El ser humano y la enfermedad mental

• Enrique Baca

Una visión del ser humano y de la enfermedad mental

• Alberto Fernández Liria

24 Salud Mental y Bioética. Notas sobre abstracciones que lastran la clínica

• Antonio Colodrón

28 José Luis Pinillos Psicólogo y profesor universitario

34 Ciclo sobre mujer y salud

40 Los trastornos por externalización e internalización

• Prof. Juan J. López-Ibor

Una niña dormida

• Gustavo Martín Garzo

48 La percepción de lo real Enrique Vila-Matas y Enrique Baca

52 Salud mental y reforma psiquiátrica. Algunas reflexiones históricas

• Rafael Huertas

Locos, enfermos y marginados

• José Luis Peset

67 Historia, Medicina y Ciencia en torno a Darwin

76 • Hipólito Ruiz: Relación del viaje hecho a los reinos de Perú y Chile

80 Próximas actividades y publicaciones

El reto de la Salud Mental

La Psiquiatría se constituyó como especialidad cuando fue posible someter los trastornos mentales a las mismas normas que los médicos habían venido utilizando con las enfermedades somáticas. Fue la gran hazaña del siglo XIX. El éxito más sonoro se logró en el campo de las denominadas "psicosis". Todas las psicosis exógenas era claro que estaban producidas por causas biológicas peor o mejor constatables, como el alcohol, ciertas intoxicaciones, etc. En las llamadas psicosis endógenas la causa no parecía externa al sujeto ni podía identificarse, pero Kraepelin tuvo la intuición de que era tan biológica como en las otras.

El problema lo plantearon otro conjunto de trastornos somáticos que no parecían tener origen biológico sino más bien psíquico. Fueron las llamadas "neurosis". ¿Eran o no enfermedades? Atendiendo a sus síntomas -piénsese, por ejemplo, en las parálisis histéricas de Charcot-, era obvio que sí. Pero su etiología era muy distinta a la usual en medicina: no estaban producidas por factores somáticos. La persona que ha tenido un fracaso amoroso y a consecuencia de ello se deprime, ¿está enferma o no? ¿Es éste un asunto médico, o más bien un problema personal que debe pasar a manos de los educadores, los consejeros espirituales o los filósofos?

Freud apareció como una tabla de salvación. Él creyó posible analizar estos trastornos, tanto en su etiología como

en su clínica, con las herramientas propias de los saberes científico-naturales. El tema no era sencillo, porque no consistían en lesión, disfunción o infección, como era usual en patología somática, sino que tenían estrecha vinculación por problemas de "sentido", cuya génesis parecía relacionada con los "valores" asumidos consciente o inconscientemente por los individuos. Más que cuestiones de "hecho", objetivables con los métodos propios de la ciencia natural, eran problemas de "valor", estrictamente subjetivos y refractarios a cualquier proceso de objetivación. Sobre los hechos cabe dar razones; ante los juicios de valor son posibles la aceptación y el rechazo, la neutralidad y la beligerancia, pero no el análisis científico.

Freud halló el modo de superar esa antinomia. Había un modo de enfocar objetivamente esas cuestiones. Todo consistía en manejar los valores no como tales valores sino en tanto

La persona que ha tenido un fracaso amoroso y se deprime, ¿está enferma o no? ¿Es un asunto médico, o un problema personal...?

que hechos. El psicoanalista había de guardar una exquisita neutralidad ante los valores de los pacientes -ése era su primero y principal principio ético-, al tiempo que los desenmascaraba como causantes de los síntomas neuróticos. El psicoanálisis, pues, no se ocupaba de los valores en tanto que valores, sino sólo en tanto que hechos objetivables a través de los síntomas de los pacientes. La tarea del psicoanálisis era hacer consciente al enfermo neurótico de la causa de sus síntomas, sin por ello tomar



partido a favor o en contra de sus valoraciones. Mediante tal procedimiento, se conseguía llevar el rigor científico a un campo tan poco científico como el del valor. Era el modo de convertir la psicoterapia en ciencia, y en ciencia objetiva, positiva. La antinomia estaba superada.

El problema es si haciendo eso se mantenía la pretendida neutralidad. ¿Era la neutralidad axiológica un pío deseo o una realidad? Desenmascarando ciertas opciones de valor como causantes de los síntomas neuróticos, el análisis no podía no generar juicios de valor. No hay hechos sin valoraciones, por más que el positivismo lo pretendiera. Esto es hoy una obviedad. Los llamados conflictos neuróticos están siempre relacionados, en una u otra manera, con los sistemas de valores que, procedentes de la sociedad y la cultura, asumen como propios, consciente o inconscientemente, los seres humanos. De ahí que resulte imposible ayudar a estos pacientes sin abordar de frente el problema del valor. ¿Cómo hacerlo? Las dos posturas clásicas han sido: bien la beligerancia, intentando imponer por la fuerza o mediante métodos persuasivos los valores que consideramos correctos a los demás; bien el respeto, pretendiendo conservar la neutralidad ante ellos. Tales respuestas, ¿son suficientes? ¿Es posible ir más allá? ¿No será un prejuicio suponer que los valores son preferencias irracionales sobre las que no hay diálogo posible? ¿No es ésa ya una valoración, y no de las más inteligentes? ¿Cabría

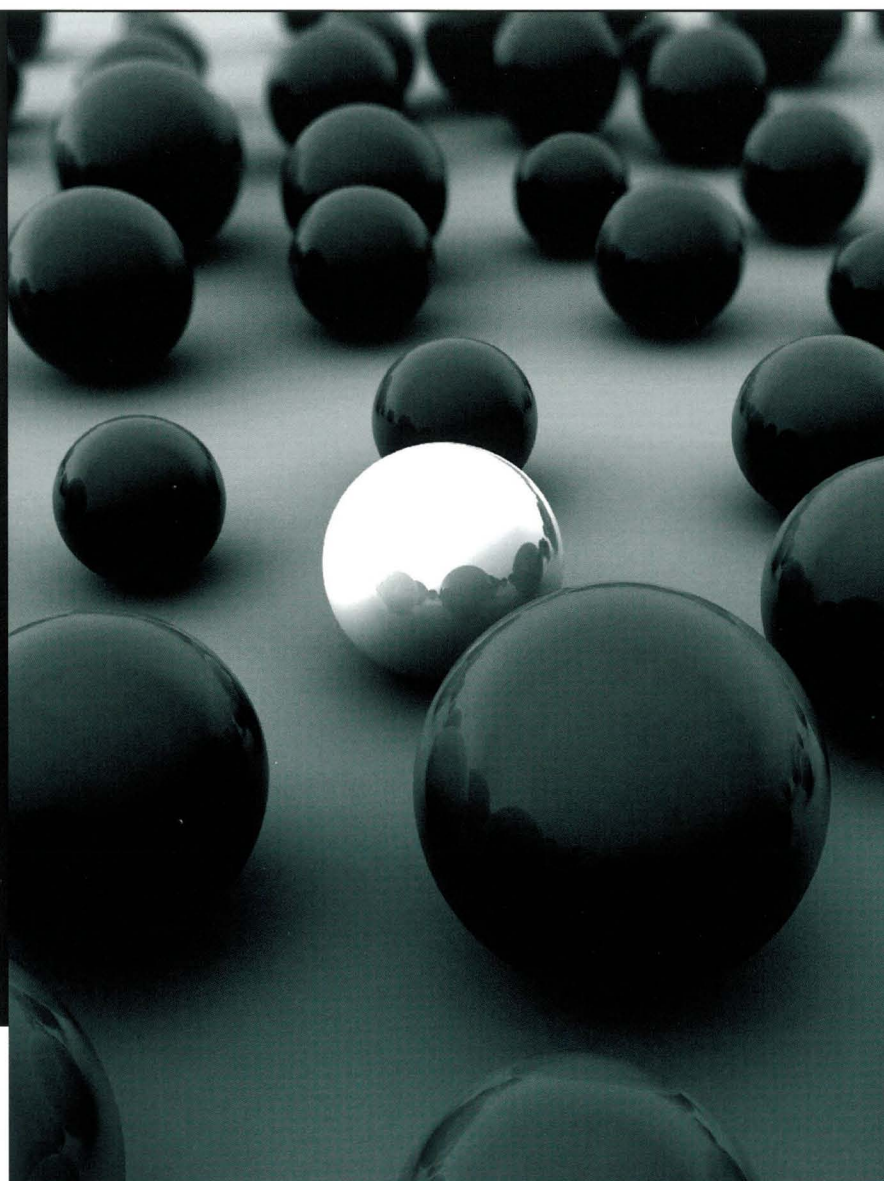
Los llamados conflictos neuróticos están relacionados con los sistemas de valores que, procedentes de la sociedad y la cultura, asumen como propios los seres humanos

encontrar una posición intermedia entre los extremos de la beligerancia y la neutralidad? Aristóteles pensó, hace ya muchos siglos, que esa vía intermedia

era la deliberación, un procedimiento que poco después comenzó un larguísimo Guadiana del que no ha comenzado a salir sino recientemente.

De ser eso así, habría que preguntarse qué es o qué debe entenderse por "salud mental", y si no resulta hoy posible ir algo más allá de los planteamientos hasta ahora tenidos por canónicos.

Diego Gracia



¿QUÉ SE CONSIDERA ENFERMEDAD MENTAL?

JERÓNIMO SAIZ RUIZ

Catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Alcalá. Madrid.
Profesor Visitante de la Universidad de Columbia (Nueva York)

No resulta sencillo precisar el concepto de enfermedad mental. En general, se plantea la enfermedad como la pérdida o alteración de la salud, pero también hay una acepción del término enfermedad como "anomalía que produce daño". Existen controversias y particularidades referidas al caso particular de los trastornos psiquiátricos y sus límites. No se trata de una mera discusión académica pues es evidente la trascendencia que puede llegar a tener esta consideración. Adquirir el estatus de enfermo mental, lleva consigo una serie de consecuencias, en general negativas (estigmatizantes), y tan variadas como poder ser tributario de una eximente penal, una prestación social (baja laboral, pensión,...) o bien ser excluido como candidato a optar por una posición superior en razón del padecimiento.

Es una necesidad para la Psiquiatría dar respuesta a la pregunta que da título a estas líneas. Ya que las ciencias se definen según su objeto de estudio, para delimitar el campo de la Psiquiatría debemos también acotar el concepto de enfermedad mental. A pesar de los enormes progresos llevados a cabo por la medicina, aún no disponemos de una definición satisfactoria para el estado de enfermedad. La fórmula desiderativa y utópica que propone la Organización Mundial de la Salud, *"la salud es un completo estado de bienestar físico, psíquico y social"*, o la archiconocida de Freud, *"la capacidad de amar y trabajar"*, no pueden ser consideradas como un referente.

El término *mental* plantea igualmente problemas. Encontramos distintos tipos de definiciones sobre lo que llamamos mental, todas ellas enormemente variadas en su expresión, significado y fundamento. En términos generales, podríamos decir que la salud mental se concreta en características como: equilibrio emocional, autonomía, aspiraciones, autoestima, funcionamiento integrado y adecuada percepción de la realidad.

Al contrario, el mal funcionamiento psíquico ha sido definido mediante una gran diversidad de conceptos

(por ejemplo, malestar, descontrol,

limitación, incapacidad, inflexibilidad, irracionalidad, etc.).

Algunas de las dificultades específicas que nos plantea la enfermedad mental son:

- ♦ Apenas se conocen el origen ni los mecanismos causales de la mayoría de los fenómenos (normales y más aún patológicos) que ocurren en el Sistema Nervioso Central.
- ♦ Carecemos de pruebas biológicas que sean marcadores fiables para los diferentes diagnósticos psicopatológicos.
- ♦ Gran parte del material sobre el que se basa el razonamiento clínico está impregnado de subjetividad tanto por parte del observador como del paciente.
- ♦ Existen toda una serie de aspectos psicosociales y relacionales en los trastornos mentales, así como diferencias irreductibles con el concepto de síntoma o de enfermedad somática que no pueden acomodarse a tal definición.
- ♦ La estimación del problema fluctúa según el medio cultural y el sistema de valores y creencias.

La salud mental se concreta en características como: equilibrio emocional, autonomía, autoestima y adecuada percepción de la realidad

Fundamentándose en estos problemas críticos, surgen en los años sesenta del siglo pasado un grupo de autores que ponen en cuestión de forma radical la existencia de la enfermedad mental. Aunque bastante

diferentes en cuanto a sus propuestas, bagaje conceptual y cercanía con la clínica, todos ellos fueron propulsores de un movimiento contracultural, la "antipsiquiatría" cercano a la revolución de mayo de 1968, que alcanzó bastante relieve, difusión y aceptación, especialmente en ambientes vanguardistas. El ataque no sólo se detenía en el concepto de enfermedad mental, sino que abarcaba al poder excesivo de los psiquiatras y a los abusos de la hospitalización en las instituciones psiquiátricas tradicionales (manicomios). Puede considerarse ahora que las consecuencias de estas ideas han sido positivas para la evolución de la teoría y la práctica psiquiátrica, por la inquietud y sentido crítico que transmitieron a los profesionales.

Uno de los representantes más conocidos de esta tendencia podría ser el americano, nacido húngaro, Thomas Szasz. Para dar idea de lo radical de sus formulaciones, basta transcribir el título de su libro más conocido, *El Mito de la Enfermedad Mental*. Por su parte, Ronald Laing centra su interés en el estudio de la Esquizofrenia, llegando a la conclusión de que esquizofrénico es: "un hombre que no ha sabido reprimir sus instintos normales y adaptarse a una sociedad anormal". Lo mismo Laing que Cooper aluden a una teoría formulada por el antropólogo Gregory Bateson en 1956 y que llamó del "doble vínculo". La hipótesis sería que en las familias de los esquizofrénicos existiría una incongruencia en la comunicación por falta de concordancia entre lo verbal y lo

no verbal. De esta interesante observación, no comprobada en estudios controlados, se concluye que los tratamientos psiquiátricos podrían ser "perjudiciales", al impedir al enfermo introducirse en "su experiencia", a través del "viaje interior" que supone el delirio. Siguiendo en esta misma trayectoria, Harold Heyward, además de afirmar que el ilustre padre de la psiquiatría moderna (Emil Kraepelin) inventó la 'demencia precoz' (primera denominación de lo que hoy conocemos como esquizofrenia), escribe: "el hombre normal, el que llega a obedecer a la máquina, a separar el cuerpo de su espíritu, a disociarse, ese sería el verdadero

esquizofrénico". Aunque suele ser también incluido en este grupo, es de mucha mayor altura el análisis realizado por Michel Foucault. Para él la locura es un fenómeno que surge como consecuencia de la represión de la sinrazón por la razón, dentro de un contexto histórico de segregación y negación. Algunos seguidores de este movimiento (Jervis, Basaglia), llevaron a la práctica psiquiátrica experiencias, más o menos atrevidas, basadas en estos postulados. Como era de esperar, surgieron problemas que en la mayor parte de los casos condujeron al abandono (total o parcial) de estos intentos. No obstante, no han cesado las voces críticas que cuestionan hoy, con planteamientos diversos, la validez y legitimidad de la psiquiatría y sus asertos sobre el modelo médico aplicado a los trastornos mentales.

¿QUÉ ES EL ENFERMO MENTAL?

Pero una vez repasadas estas críticas, intentamos utilizar criterios que justifiquen y delimiten el concepto de enfermedad mental. Un primer punto de vista sería la propia subjetividad percibida por el sujeto afecto del

trastorno. Sería sumarse a la concepción de Weizsäcker: *"enfermo es aquel que va al médico"*. Pero sin embargo, en el caso de los problemas psicopatológicos, muchos de ellos no sólo no tienen esta conciencia de enfermedad o de sufrimiento, sino que vivencian sus alteraciones en el sentido de un buen estado (superior al normal) de salud. Quizá el criterio más habitual es el que implica la existencia de una *anormalidad*. Algo siempre delicado, ya que la misma palabra *normal* tiene dos sentidos respecto a la norma: lo estadístico-cuantitativo o un criterio de valor sobre lo que se ha normativizado. El concepto empírico-estadístico incluye dentro de la normalidad a quienes presentan el conjunto de cualidades que se entiende posee también la

La palabra *normal* tiene dos sentidos respecto a la norma: estadístico-cuantitativo o un criterio de valor sobre lo normativizado

mayoría. Se define por tanto como patológico todo aquello que escapa al término medio, especialmente si la desviación es muy intensa. La crítica inmediata en estos casos

es que aquellos sujetos que sobresalen de la norma en un sentido positivo (superdotados, genios, santos,...) tendrían que ser calificados también como enfermos, o aquéllos que no tienen alteraciones que la media sí padece (caries dental, hipermetropía pasada cierta edad,...) entrarían también en el concepto de enfermedad. Queda, por tanto, lo estadístico como algo relativo, no equivalente de la norma sino más bien un índice de la misma.

Respecto a criterios valorativos se postula un prototipo o arquetipo, viendo alteraciones en todo lo que signifique alejamiento de este modelo. Esto encierra un juicio sobre la normalidad surgido siempre de una opinión, lo que puede conducir a una discriminación ideológica o de otro tipo. Dentro de este marco de referencia, el criterio más usado es el de la adaptación, noción equívoca por sí misma, ya que si es un concepto que se ha propuesto como predicado de la inteligencia, también lo es que una hiperadaptación sumisa y conformista no es un índice de salud mental. De hecho, algunas enfermedades psíquicas no son otra cosa que excesos en mecanismos de adaptación forzados. Desde esta perspectiva, se corre también el riesgo de ampliar, a través de la influencia de los factores sociales y culturales, el concepto de enfermedad mental, confundiéndolo con el de conflicto social. Igualmente erróneo es ampliar las fronteras de la Psiquiatría entrando en una "psicopatologización" de la cultura, de la sociología y de la política. Esto desnaturaliza la verdadera esencia médica de la Psiquiatría y confunde, de forma manifiesta, un concepto como el de la alienación social, eminentemente sociológico y político (la distancia entre el hombre y su entorno social), y el concepto de alienación mental estrictamente psicopatológico. Un último extremo indeseable de esta perversión sería la utilización de la psiquiatría como medio de represión por el poder político, como ocurrió con los 'disidentes' en la extinta Unión Soviética.

Por lo dicho hasta ahora, la normalidad o anormalidad del individuo desde el punto de vista psíquico no puede ser discriminada, ni por promedios estadísticos ni por normas valorativas. Esto nos lleva a la necesidad de entrar en conceptos que abarquen la peculiaridad del hombre de forma más satisfactoria. Una posibilidad de evaluación diferente es la estimación de la libertad del sujeto, apreciable clínicamente a través de la relación interpersonal con el entrevistador. En efecto, la pérdida o reducción de libertad, característica esencial de la existencia humana, es un factor común a diversas alteraciones psicopatológicas. En otras enfermedades mentales, podemos encontrar alteraciones "cualitativas" del funcionamiento psíquico. Sería el caso de los trastornos psicóticos, cuya estructura formal, evolución, frecuencia similar de aparición en las diferentes culturas, demostración de alteraciones biológicas (hasta ahora de puro valor correlacional como marcadores), avalan su naturaleza peculiar y su discontinuidad con la normalidad y la salud. En los trastornos "menores" (neurosis, trastornos de adaptación), la variación es sin embargo "cuantitativa"; así pues podríamos

Igualmente erróneo es ampliar las fronteras de la Psiquiatría entrando en una "psicopatologización" de la cultura, de la sociología y de la política

llegar a la delimitación de lo que consideramos enfermedad mental partiendo de tres rasgos:

- ♦ La pérdida de la libertad interna del sujeto.
- ♦ La aparición de fenómenos psíquicos incomprensibles psicológicamente a la luz de su biografía previa.
- ♦ La manifestación de estructuras psíquicas cualitativamente distintas en relación con los sujetos sanos.

Es inevitable introducir en el debate la cuestión del diagnóstico psiquiátrico operativizado, que a partir de los años ochenta consolida una serie de definiciones de agrupación de síntomas, obtenidas por consenso y que pretenden ser pragmáticas y "ateóricas". Se basan en la psicopatología descriptiva y son clasificaciones politéticas que usan algoritmos. Su difusión y vigencia han sido masivas,

pero han sacrificado la validez por la fiabilidad. Han facilitado enormemente la comunicación y tienen utilidad clínica, pero sus constructos son frágiles, poco consistentes, con validez aparente pero cuya validez real no acaba de sustanciarse por la fisiopatología. Esto nos limita a operar

sobre los síntomas o, como mucho, sobre conjuntos de síntomas asociados que covarían a lo largo del tiempo. Estas clasificaciones *oficiales* nos ofrecen también su intento de delimitación del "Trastorno Mental". Así, el DSM-IV de la Asociación Psiquiátrica Americana plantea: "no existe una definición satisfactoria que especifique límites precisos del concepto de trastorno mental (lo mismo ocurre con conceptos como trastorno somático y salud física y mental)... en el DSM-IV, cada uno de los trastornos mentales es conceptualizado como un síndrome o patrón psicológico o conceptual clínicamente significativo, que aparece en un individuo y que se

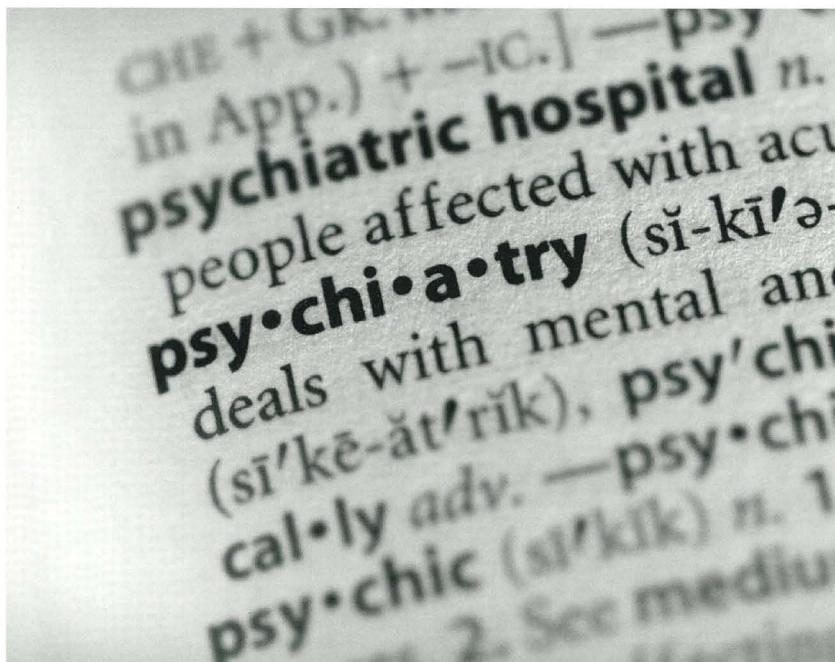
encuentra asociado de forma típica con un síntoma perturbador o deterioro en una o más áreas principales de actividad (incapacidad) o con un riesgo significativamente mayor de padecer dolor, incapacidad, pérdida de libertad o muerte. Además este síndrome o patrón no es solamente una respuesta esperable a un acontecimiento particular; por ejemplo la muerte de un ser querido. Cualquiera que sea su etiología, el trastorno es considerado como una disfunción psicológica, conductual o biológica. La conducta socialmente desviada sea política, religiosa o sexual, o los conflictos de sujeto con la

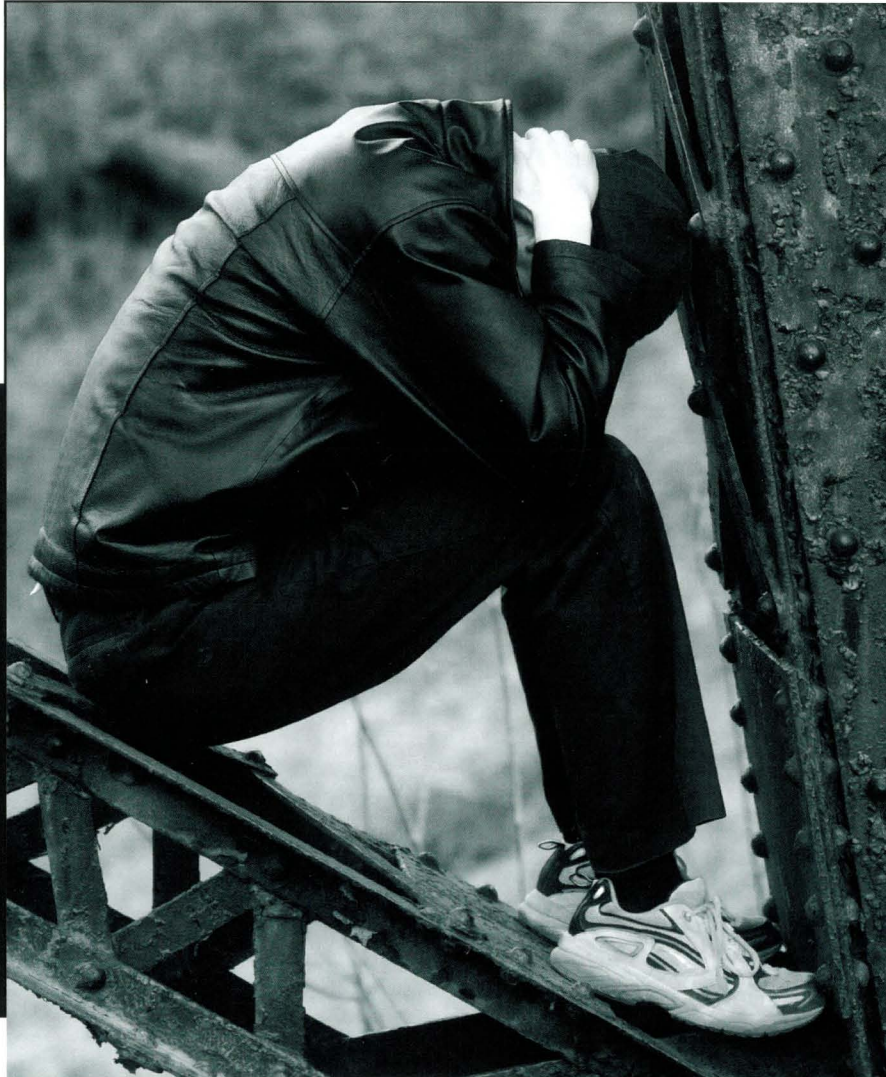
El término trastorno se usa para evitar los problemas que plantea el utilizar otros conceptos tales como enfermedad o padecimiento

sociedad no son trastornos mentales, a menos que la desviación sea un síntoma perteneciente a una disfunción del tipo citado".

Aún más simple es la definición dada por la CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud: "el término *trastorno* se usa a lo

largo de la clasificación para evitar los problemas que plantea el utilizar otros conceptos tales como *enfermedad o padecimiento*. Aunque trastorno no es un término preciso se usa para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren en la actividad del individuo. Los trastornos mentales definidos en la CIE-10 no incluyen disfunciones o conflictos sociales por sí mismos en ausencia de trastornos individuales". Y en su prólogo a la edición española, López-Ibor subraya: "en la versión española, el vocablo *trastorno* se utiliza con mayor profusión que en la inglesa, ya que por un lado define el ámbito de la nosología y por otro conserva la ambigüedad indispensable para incorporar los avances del conocimiento". En la actualidad el debate en torno a las futuras clasificaciones DSM-V y CIE-11 está candente y se plantean cuestiones como la insuficiencia de los hallazgos de la investigación, la conveniencia de un abordaje dimensional de los trastornos e innovaciones en la valoración multiaxial de las enfermedades.





EL SER HUMANO Y LA ENFERMEDAD MENTAL

Algunas reflexiones teóricas con implicaciones prácticas

ENRIQUE BACA BALDOMERO

Catedrático de Psiquiatría.
Director de la cátedra UAM-WYETH de Teoría de la Medicina.
Universidad Autónoma de Madrid

(Trabajo incluido en el proyecto de investigación del Ministerio de Educación y Ciencia, Referencia: HUM2005-02105/FISO)

En 1948 Henry Ey definió la enfermedad mental como la pérdida de la libertad. Esta definición, no siempre bien comprendida, es un buen punto de partida. Desde hace tiempo la polémica sobre la salud y la enfermedad mental se centra sobre el problema de la capacidad de las personas diagnosticadas para llevar una vida normal, para recuperarse de sus síntomas y para ser considerados a todos los efectos ciudadanos como los demás, y la definición de enfermedad mental pasa siempre por la consideración del grado de libertad personal del que la padece. Pero no nos centraremos específicamente sobre estos aspectos sino que los mantendremos como un "telón de fondo" que nos permita definir lo que es la salud mental y entender cómo la enfermedad mental es un estado que no puede ser abordado desde la posición negativa -ausencia de salud mental- sino desde la positiva -aparición de alteraciones en la capacidad del sujeto de vivir sin sufrimiento y con un adecuado ajuste a la realidad-.

EL HOMBRE Y SU DESARROLLO

Desde que Descartes planteó la dualidad en la que se ha basado la ciencia occidental para entender la conducta humana (y también la de los animales) como una interacción de dos sustancias distintas (lo extenso y lo pensante), la medicina occidental ha adoptado lo que Kurt Schneider llamó un *dualismo operativo* y ha

La llamada psiquiatría biológica fue ganando puestos impulsada por el avance espectacular de los conocimientos en neurociencia

consagrado la idea de que en el hombre se dan fenómenos de naturaleza "psíquica" y hechos de naturaleza "material" o "somática". A partir de los años 50 del siglo XX se produjo en psiquiatría una gradual disminución de la influencia psicoanalítica y de los posibles factores sociales relacionados con la enfermedad mental, y creció imparablemente la visión de que había que volver de nuevo la vista hacia el cerebro y sus funciones. La llamada psiquiatría biológica fue ganando puestos impulsada por el avance espectacular de los conocimientos en neurociencia. La psiquiatría llegó a parecer, en algún momento y en algunos autores, como una especie de *actividad provisional* que sería englobada en el campo más concreto y amplio de la neurociencia, a medida que los conocimientos fuesen progresando. Sin embargo ha sido precisamente la investigación genómica y los estudios de la función y las propiedades de los genes lo que ha proporcionado una base científica para entender la interacción entre ambiente y genética, que ofrece la posibilidad de superar la dicotomía operativa en la que se ha movido hasta ahora la medicina (y la psiquiatría). La descripción de los mecanismos a través de los cuales las influencias ambientales modifican la expresión génica convierte al ambiente en una causa eficiente que determina el funcionamiento actual del sistema nervioso central y también el desarrollo y modificación de las funciones cerebrales y, en un paso más, el desarrollo y modificación de las estructuras estables.

Se abre así, desde la investigación empírica, la posibilidad de establecer bases racionales y experimentales para entender la interacción entre *nature* y *nurture* y aparece un nuevo campo de avance del máximo interés. La investigación genética deberá confluir con el estudio de todos

aquellos factores ambientales (*ambiotoma*) desglosados y concebidos como unidades operativas significativas en la interacción (dialéctica) entre la dotación genética del sujeto y los estímulos e influencias exteriores

(simples o complejas).

Desde esta posición de avance de la ciencia natural se vislumbra la posibilidad de fundamentar empíricamente lo que la antropología filosófica ya había apuntado, una concepción del hombre en la que el proceso de llegar a ser un tal hombre comienza desde la primera interacción entre la dotación genética individual y los primeros estímulos e influencias ambientales intrauterinos. A partir de este momento, dicha interacción es esencialmente dialéctica. En la medida en que el desarrollo continúa, la potencialidad ordenadora de la identidad emergente hace que la posibilidad "pasiva" sea sustituida cada vez mas por una acción configuradora activa sobre la vida propia del sujeto. Haciendo una metáfora arriesgada diríamos que el sujeto emergente "toma las riendas" del propio proceso de desarrollo que, no obstante, sigue delimitado por las posibilidades

genéticas y por las influencias del medio en el que se vive. La idea de la existencia humana como un proceso de llegar a ser en el que se construye mundo y se es construido por el mundo que se va construyendo puede proporcionarnos una base de partida para el más correcto entendimiento de lo que es el hombre, de lo que es la salud mental y de lo que es la enfermedad mental.

¿QUÉ ES LA SALUD MENTAL?

La salud mental es un término ambiguo desde que se tradujo el *mental health* anglosajón, sin más matices. En su uso cotidiano en España, salud mental se ha intentado convertir en sinónimo de psiquiatría con una evidente distorsión de su significado y con una no menos evidente confusión conceptual. Que determinados intereses gremiales pretendan que este término es más abarcativo y menos excluyente no quita ni un ápice de lo erróneo del hecho.

El término salud mental ha de ser rescatado para lo que debe significar con precisión: la salud de la mente, la salud del sujeto en tanto que persona, la salud en la conducta, sentimientos y pensamientos del ser humano. Pero dicho esto, el problema no hace sino comenzar. Si el término salud lo definimos tal y como la OMS lo hizo, la idea de que el sujeto puede tener en todo momento un perfecto estado de bienestar psíquico (prescindiendo por ahora de que dicho

estado se encontraría indefectiblemente unido a los otros dos componentes: lo físico y lo social) es simplemente impensable.

En el polo opuesto, definir la salud mental como la ausencia de trastornos mentales diagnosticables, es decir, por la ausencia de criterios sintomatológicos que permitan incluir al sujeto en una de las categorías de las que se encuentran en las clasificaciones internacionales de trastornos mentales, es palmariamente insuficiente.

Los intentos de aproximación a la salud mental se encuentran así entre la Escala de la visión del salubrismo utópico (salud es la perfección del estado del sujeto, equiparable al bienestar total y, en un paso muy fácil de dar, equiparable a la felicidad completa) y la Caribdis de la visión de la clínica pragmática (fundamentalmente anglosajona) de que salud mental es la simple ausencia en el sujeto de criterios diagnósticos.

Las definiciones negativas (es salud la ausencia de enfermedad) han tropezado con el hecho de que ni la ausencia de queja subjetiva, materializada o no en demanda, ni la ausencia de síntomas detectables, ni la adaptación del individuo a su entorno o su falta, ni la normalidad estadística son criterios que puedan ser sostenidos sin

excepción. Todo parece pues que apunta a la necesidad de establecer una definición positiva que evite precisamente estos criterios que, entre otras cosas, confunden la "normalidad" con la "salud".

Pero cualquier definición positiva de salud no puede ser estática sino dinámica. Es decir hace referencia a un proceso y no a un estado. Probablemente se podría decir que la salud mental perfecta es inalcanzable y, en tanto tal, debe ser considerada, como el propio desarrollo humano, un proceso de llegar a ser en el que la meta no es lo definitorio sino el propio proceso en si. Desde esta perspectiva, la salud mental se define no sólo por su propia proyección temporal sino por el hecho de que se inserta en la construcción del mundo de la persona, con características o rasgos que se inscriben en la consecución de dinámicas de libertad, de responsabilidad, de congruencia y de desarrollo de formas de relación con el otro con pleno reconocimiento de la alteridad. Evidentemente estas dinámicas de desarrollo implican y exigen determinadas

capacidades funcionales básicas que, a su vez, pueden depender de características estructurales fisiológicamente adecuadas. Es decir, la integridad funcional del SNC, la capacidad de captación y proceso adecuado de la realidad, el

El término salud mental ha de ser rescatado para lo que debe significar con precisión: la salud en la conducta, sentimientos y pensamientos del ser humano

mantenimiento de las funciones básicas psicológicas (como el pensamiento, la inteligencia, la memoria o la conciencia) son instrumentos posibilitantes del desarrollo personal sin los cuales éste queda dificultado o abolido.

Según esto, y resumiendo a grandes rasgos, se podría decir que un individuo goza de una buena salud mental si, supuesto el correcto funcionamiento de su SNC y de las funciones complejas que tienen su expresión a través del mismo, ha desarrollado un mundo en el que se

siente libre, no tanto en la actuación sino en la correspondencia entre la propia autoconciencia y las decisiones tomadas, es responsable, mantiene una plausible congruencia en su conducta y es capaz de reconocer en el otro a un sujeto de derechos y establecer una relación afectiva adecuada.

Puede afirmarse que salud y enfermedad mental no son dos polos opuestos de una misma dimensión sino aspectos, conceptual y epistemológicamente distintos, de una misma realidad: la humana.

¿EXISTE LA ENFERMEDAD MENTAL?

El concepto de enfermedad en psiquiatría ha sido siempre polémico

El concepto de enfermedad en psiquiatría ha sido siempre polémico. Las clasificaciones internacionales, decidieron a partir de los años 80, y bajo el potente influjo de la psiquiatría norteamericana, que había que evitar hablar de enfermedades y que era mejor denominar "trastornos" a los cuadros clínicos descritos en las guías de diagnóstico. La enfermedad mental desaparecía así de la terminología

psiquiátrica. Con ello se pretendía eludir cualquier discusión sobre la etiopatogenia y centrarse en un nivel puramente descriptivo y pretendidamente "ateórico". Pero bajo el aparente motivo racional emergía otro más circunstancial y oportunista: evitar el enfrentamiento entre la tradicional (en América, pero también en Europa) tendencia psicodinámica y la emergente psiquiatría biológica, amparada y potenciada por el espectacular desarrollo de la psicofarmacología, que introdujo en el escenario a un nuevo interlocutor no menos potente y activo: la industria farmacéutica.

¿Quiere decir esto que no existe la enfermedad mental? Como dijo López Ibor "la enfermedad mental es un hecho" y como tal hecho, incontrovertible. Toda enfermedad mental implica una participación de mecanismos cerebrales. Cada vez se conoce más de los mecanismos genéticos implicados y de los substratos cerebrales que



subyacen a la fisiopatología de los diversos "trastornos" y es posible que, en un plazo razonablemente corto de tiempo, podamos disponer de datos fehacientes sobre los mecanismos fisiopatológicos de la mayor parte de dichos "trastornos". Pero también cada vez está mas claro que las influencias ambientales actúan no sólo como causas desencadenantes sino, y esto es lo mas importante, como factores de riesgo y protección del desarrollo de las hipotéticas disposiciones genéticas. La interacción *nature/nurture*, que tan bien sintetizó Luxemburger en su clásico esquema, está dejando de ser, después de los trabajos de Kandel, una dicotomía para convertirse en una sinergia. Cuando al comienzo de este escrito hablamos de que la construcción del mundo humano es dialéctica, decíamos lo mismo que la moderna neurobiología y neurogenética nos comienzan a decir ahora.

La promoción de la salud mental es un aspecto que desborda ampliamente el sistema sanitario y se instala en los valores sociales

¿EL SUFRIMIENTO ES ENFERMEDAD MENTAL?

Abordemos ahora los interrogantes que se suscitan acerca de cómo ha de entenderse la salud mental, su preservación y promoción y también los trastornos mentales, su prevención y su asistencia.

La primera cuestión hace referencia a que la promoción y preservación de la salud mental no debe identificarse exactamente con la mera prevención de los trastornos mentales. La promoción de la salud mental es un aspecto que desborda ampliamente el sistema sanitario y se instala de forma clara y definida en los valores sociales y en la estructura de la sociedad misma, así como en los sectores que pueden propiciar (o dificultar, en su caso) el desarrollo libre y armónico de los individuos. Aquí, por ejemplo la educación, los medios de comunicación o la economía son interlocutores privilegiados.

La atención (incluso preventiva) de los trastornos mentales sí es una tarea específica (aunque no exclusiva) del sistema

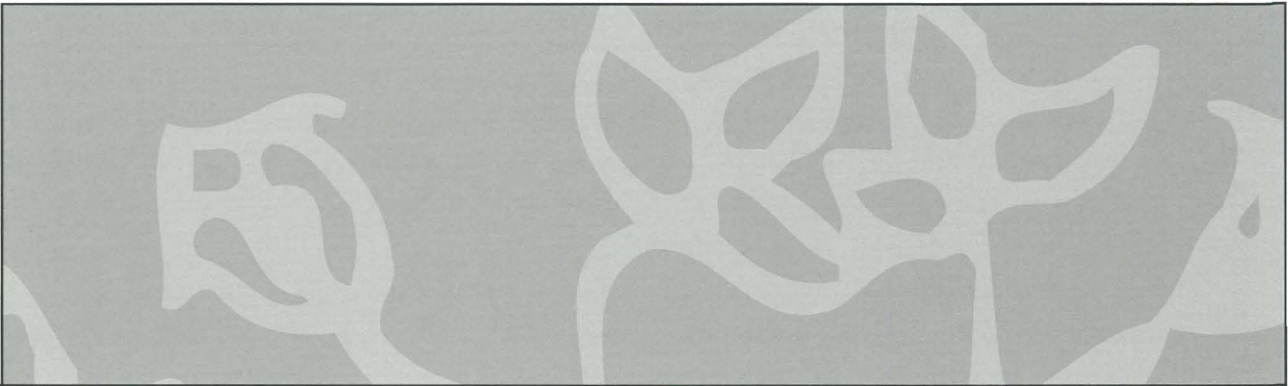
sanitario y es preciso que sea pilotada o liderada por dicho sistema. Aquí se plantea un problema práctico: la delimitación de la frontera que separa los trastornos mentales, siquiera sea

en fase muy temprana, de los problemas de la vida que han de ser resueltos por los medios de cada individuo o grupo y que no deberían, al menos en principio, ser objeto de la acción sanitaria. Es claro -y se ha dicho hasta la saciedad- que existe una interacción entre los problemas

sociales y las demandas sanitarias. Determinadas necesidades percibidas por los individuos y producto de lo que genéricamente podríamos llamar malestar social pueden ser "sanitarizadas" en la medida en que el sistema sanitario aparezca como una probable vía de solución o les dé acogida. Este es un tema de inmensa repercusión práctica en la atención a los problemas de salud mental e incluso indirectamente en la asistencia psiquiátrica pura y dura.

Estudios fiables realizados en España ofrecen datos que deben hacernos pensar. En las consultas de atención primaria (en las que los estudios nacionales e internacionales han estimado una prevalencia total de entre el 15 y el 25% de problemas de salud mental) ha aparecido el fenómeno de demandas que no pueden ser diagnosticadas en la medida en que no cumplen ninguno de los criterios establecidos universalmente para considerarlas un trastorno psiquiátrico. Son los llamados en la clasificación de la OMS "códigos Z". Pues bien, se estima que entre un 10 y un 15% de esos pacientes, que son enviados como problemas probables de salud mental al especialista, son códigos Z, es decir no cumplen criterios para un diagnóstico normalizado. Pero, en contraste con esto, los trastornos mentales graves tardan en ser diagnosticados entre tres y cinco años tras la aparición del primer síntoma.

¿Qué quejas subyacen bajo estos códigos Z? Disconfort, malestar o incluso algún síntoma aislado. Pero, en puridad,



no son pacientes psiquiátricos, no necesitan la atención del especialista. La mayoría presentan problemas sociales, desempleo, problemas económicos, en la familia, en el trabajo o simplemente se sienten o son desgraciados por muchas y variadas causas.

Estas situaciones suponen, conceptual y prácticamente, un desafío que no es baladí. Si admitimos, como se hace en muchos casos, que es necesario ampliar el espectro de lo que consideramos trastorno mental (lo que ha sucedido con algunos trastornos de ansiedad o,

en un nivel mucho menos serio, con los intentos de "patologizar" la vuelta al trabajo después de unas simples vacaciones) podremos hacerlo ampliando teóricamente la base de nuestra competencia como profesionales de la salud mental. Pero hemos de tener en cuenta que eso

supone no solo generar expectativas de resolución de los problemas, expectativas que hay después que satisfacer, sino también disponer de los medios

necesarios para hacerlo. Una excesiva psiquiatrización de los problemas de la vida cotidiana, o simplemente de la desgracia, nos abocaría a un mundo en el que prácticamente la mitad de la población tendría que atender, por turnos sucesivos, a la otra mitad.

¿Qué quejas subyacen bajo estos códigos Z? Disconfort, malestar o incluso algún síntoma aislado

¿QUÉ HACER?

El diagnóstico de los problemas es evidente que es condición necesaria pero no suficiente para su resolución correcta. En el diagnóstico la

reflexión teórica y la exacta conceptualización de lo que pretendemos abordar operativamente es también una condición necesaria, y en ocasiones suficiente, para la exactitud de dicho diagnóstico. Sin diagnóstico las soluciones propuestas son voluntaristas cuando no puramente ideológicas, es decir producto de *a priori quasi* creenciales que no se someten a la validación empírica de la teoría que los sustenta.

Es por esto por lo que es necesario partir de varias ideas concretas que se han intentado desarrollar más arriba y a lo largo del escrito:

- a) La salud mental no es una mera ausencia de trastorno mental y es algo cuya formulación y abordaje supera con mucho los límites del sistema sanitario.
- b) Cualquier formulación de lo que es la salud mental se hace desde una concepción específica de lo que es el hombre y su desarrollo vital. Explicitarla suele ser un buen medio de poder discutirla y poner encima de la mesa los problemas subyacentes.
- c) Es evidente que en el estado actual de los conocimientos no puede plantearse el problema de la enfermedad mental desde una perspectiva exclusivamente ateórica o descriptiva, sino que hay que aventurarse a lanzar hipótesis confirmables o descartables mediante la investigación empírica.

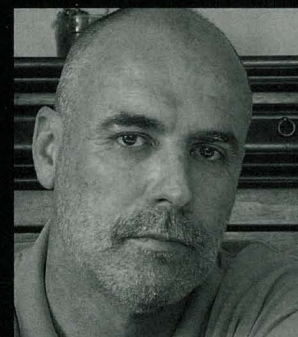
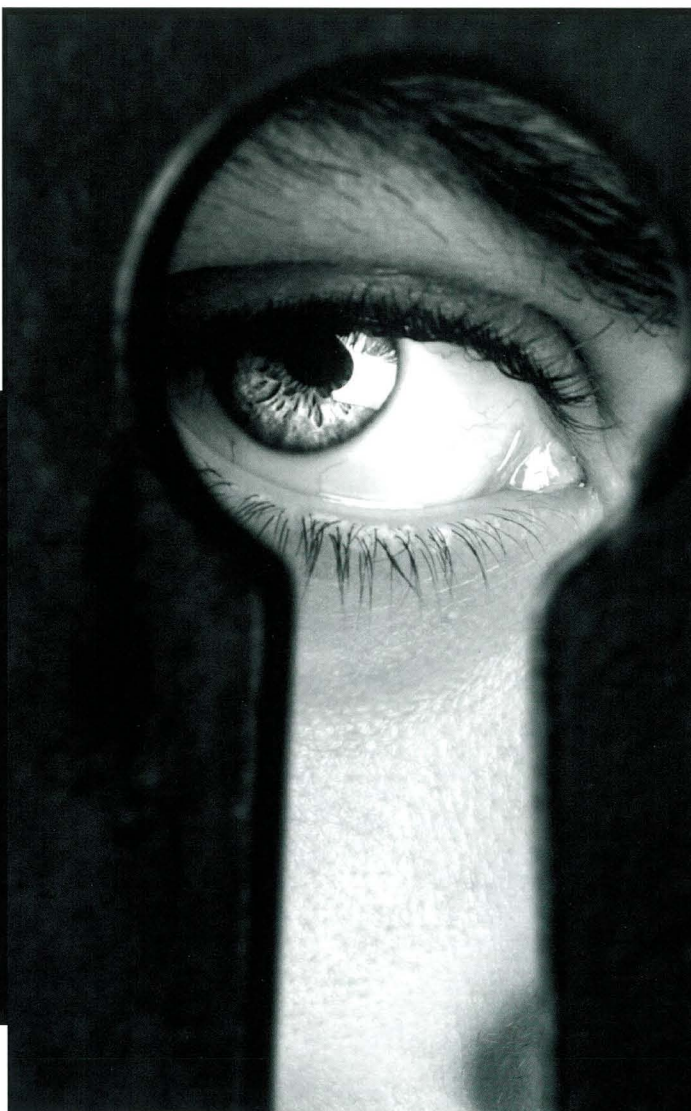
d) La patología mental aparece así como un espectro que, sin necesariamente ser una dimensión, va desde las lesiones estructurales del SNC que impiden el normal desarrollo funcional o lo hacen desaparecer (es decir desde el retraso mental o las demencias) hasta las reacciones de fracaso del sujeto ante estímulos ambientales traumáticos, pasando por los trastornos mentales graves y por toda la amplísima gama de lo que, desgraciadamente, se dejó de llamar neurosis. En todos ellos, *nature* y *nurture* (herencia y ambiente, cerebro y mente) están unidos dialécticamente en la medida en que configuran y son configurados mutuamente.

No se trata pues de resucitar modelos holísticos, más exitosos como eslóganes que como instrumentos conceptuales operativos, sino de comenzar a dejar claro que es posible pensar, hoy en día y sobre la base de los hechos, que las concepciones teóricas que mantenían que el ser

humano es fundamentalmente proyecto a realizar y que dicho proyecto se realiza en la interconexión indisoluble de lo que le es dado y de lo que vive (es decir de la progresiva

creación y apropiación de mundo) es útil para entender y comenzar a resolver, sobre bases mas firmes y menos unilaterales, los problemas de salud mental de los seres humanos, en la medida en que entendamos también mejor como ese ser humano puede y debe desarrollarse.

La patología mental va desde las lesiones del SNC hasta las reacciones de fracaso del sujeto, pasando por los trastornos mentales graves



UNA VISIÓN DEL SER HUMANO Y DE LA ENFERMEDAD MENTAL

ALBERTO FERNÁNDEZ LIRIA

Psiquiatra

Coordinador de Salud Mental del Área 3 de Madrid

Desde la concepción de que el enfermo mental es un individuo en el que se han encarnado unas "entidades morbosas" hasta la actual de enfermo han ocurrido muchos cambios en la idea de la enfermedad mental. Como tal no se reconoce hasta finales del siglo XIX y principios del XX, fechas en las que se empieza a abordar la patología mental desde un punto de vista psiquiátrico en el que cada entidad tiene unas características distintivas y un tratamiento determinado.

El mito fundacional de la atención psiquiátrica nos remite a la conmoción que causó al Padre Jofré en la Valencia de principios del siglo XV al asistir al maltrato que un grupo de niños propiciaba, en plena calle, a un pobre *inocente* (probablemente un niño con retraso mental). De aquella conmoción surgió, según este mito, la decisión de crear un lugar donde tales pobres inocentes

podieran recibir *hospitalidad* (porque no con otra cosa tiene que ver el origen de la palabra *hospital*). Lo cierto es que los hospitales surgen como instituciones caritativas, para

Los hospitales surgen como instituciones caritativas, para proteger a estos seres débiles de la crueldad de sus congéneres normales

proteger a estos seres débiles de la crueldad de sus congéneres normales. Y los funda y los sostiene la Iglesia. Nada parecido a un psiquiatra participa en esto. Tampoco hay un concepto elaborado de nada parecido a la *enfermedad mental*.

La entrada de los médicos en escena y la fundación de la Psiquiatría como disciplina es muy posterior, y su mito nos refiere a un Philippe Pinel^{1,2}, recién nombrado director del Hospital General de París por el gobierno revolucionario, liberando a los locos de sus cadenas. Pinel se consideraba un científico, e influido por las ideas filosóficas de Condillac³ creyó que, exactamente igual que la aplicación de la observación rigurosa de las plantas había hecho desplegarse ante los ojos de Linneo todo el abanico impresionante de las especies naturales, la observación inocente de los síntomas de sus pacientes haría aparecer ante los suyos el orden que, sin duda, había de regir las *especies morbosas* (las enfermedades) que privaban a estos ciudadanos de la razón, y a la Razón de ellos.

En otro lugar⁴ he llamado *ilusión de Pinel* a la convicción de que en la Naturaleza existe realmente algo parecido a unas *entidades morbosas* y que el comportamiento y las experiencias de los enfermos mentales pueden considerarse como resultado de que, de algún modo, estas entidades se han encarnado en ellos. De ésta se derivaría una *ilusión de segundo orden* que consiste en suponer que el conocimiento y la delimitación de tales entidades es importante para los psiquiatras porque les permitirá descubrir un remedio específico para cada una de ellas.

EL LOCO NAPOLEÓN

Lo que los psiquiatras alemanes de finales del siglo XIX y principios del XX -con Kahlbaum⁵ y Kraepelin⁶ a la cabeza- supusieron es que el hecho de que las especies morbosas no se dejaran ver por la observación inocente de los primeros pinelianos (ya hablaremos de los segundos) no quería decir que no estuvieran allí. Según su propuesta, para que tales entidades fueran aprehendidas por el psiquiatra era preciso que éste se acercara a ellas desde un



modelo previo de *enfermedad*. Durante los primeros años de la historia de la psiquiatría el loco paradigmático había sido alguien que "se creía Napoleón"; esto es: el personaje más poderoso del mundo en aquel momento. Por entonces pudo establecerse que el trastorno que más frecuentemente afectaba a los sujetos que presentaban este cuadro *megalomaniaco* era la parálisis general progresiva (PGP), es decir, la fase cuaternaria de la enfermedad sifilítica. Eran sujetos que primero habían padecido chancros genitales, luego lesiones dérmicas y más tarde tabes.

En 1826 Bayle había publicado su descubrimiento de que el cuadro tenía que ver con una alteración anatómica de la aracnoides que podía encontrarse en estos pacientes cuando se les practicaba la autopsia. Años más tarde se identificaría un agente causal (el *treponema pallidum*) y un remedio (primero el salvarsan, luego la penicilina). Los psiquiatras

La ilusión de Pinel es la convicción de que en la Naturaleza existe algo parecido a unas entidades morbosas

alemanes del cambio de siglo pensaron que con un esquema así sí que podrían identificarse enfermedades y hacerse predicciones sobre su curso, y describieron con esa idea las entidades nosológicas que han articulado la historia posterior de la psiquiatría: la esquizofrenia, la psicosis maníaco-depresiva...

La psiquiatría que nace de Kahlbaum y Kraepelin asume *la ilusión de Pinel* según la que las especies morbosas existen en la naturaleza más allá de las conductas y las experiencias de cada *enfermo*. Pero consideran que la *observación inocente y atenta* de los síntomas a través de la cual Pinel esperaba verlas aparecer ante sus ojos no es suficiente. Para

reconocerlas el médico ha de ir pertrechado de antemano con un concepto complejo de enfermedad, entendida como una entidad que se caracteriza por unos cuadros de estado, un curso, una etiología, una anatomía patológica, una patogenia, un pronóstico, e idealmente (porque también asumen la ilusión de Pinel de segundo orden), la respuesta a un tratamiento específico. Es más, la enfermedad podría ser reconocida -y, a veces, tratada- aunque en un momento dado del desarrollo de la medicina no se conociesen todos estos aspectos (como sucedía, entonces y ahora, con la esquizofrenia y lo que hoy se llama trastorno bipolar).

De haberse confirmado la hipótesis, las palabras, las conductas del loco se habrían convertido definitivamente en síntomas identificables que nos remitirían a una enfermedad que habita en quien la padece, y no a él como persona.

En realidad, la clínica siempre se resistió a ajustarse a tal pretensión, y desde Bonhoeffer y su reacción exógena no cesaron de describirse cuadros idénticos producidos por causas distintas y respuestas muy diferentes a noxas semejantes. Kraepelin, de hecho, era, al final de su vida, poco optimista respecto a la legitimidad de su intento, cuyo mantenimiento justificaba por la inexistencia de una propuesta mejor⁷.

Se ha calificado injustamente a los promotores de las nuevas clasificaciones pretendidamente

ateóricas o *de consenso*, de *neokraepelinianos*. Me parece que su concepción de los trastornos mentales sería calificada más justamente de *neopineliiana*. La pretensión de *ateoricidad* hace referencia a la renuncia a partir de un concepto previo de *enfermedad* o de *trastorno* que, como hemos visto, era precisamente lo que caracterizaba la propuesta de Kraepelin. Lo que los autores de los DSM han puesto en juego son nuevos elementos (el grupo de consenso y el *cluster analysis*) para potenciar la observación inocente y atenta de Pinel. Con el muy pineliano convencimiento de que tal observación les llevará a ver dibujarse ante sus ojos auténticas *clases*.

Quizás nos haga falta un Gödel⁸ que demuestre para este terreno lo que las sucesivas ediciones parece que van poniendo de manifiesto inductivamente: que no se puede aspirar a disponer de un sistema que sea a la vez consistente y completo, y que cada vez que se intenta delimitar con rigor una categoría se consigue a base de crear a su alrededor cajones de sastre y solapamientos.

MEDICAMENTOS PARA TODO

En esta nueva edición de la *ilusión de Pinel*, la intención de los clasificadores ha estado guiada, más claramente que en la primera, por lo que calificábamos de *ilusión de segundo orden*, esto es, por la idea de que la delimitación exacta de entidades bien definidas permitiría localizar tratamientos específicos de las mismas. Aquí el fracaso ha sido aún más notorio. Los fármacos que se pretendían cada vez más específicos para el tratamiento de trastornos cada vez mejor definidos (piénsese en los ISRS y la depresión) han visto multiplicarse sus indicaciones y, hoy, los mismos remedios resultan eficaces para el tratamiento de los trastornos

depresivos de varios tipos, pánico con o sin agorafobia, trastornos obsesivos, trastornos de la conducta alimentaria, trastorno post estrés traumático, diversos trastornos de la personalidad, trastornos del control de

impulsos, fobia social y, a poco que se sea generoso, formas de ser o cualidades de la vida como la timidez o la insatisfacción. Lo mismo ha sucedido con las intervenciones psicosociales. Es difícil no preguntarse si, puestos a

volver a Pinel, no sería mejor que intentáramos imitarle también en el número de categorías a incluir en nuestro sistema (su primera propuesta incluye sólo manía, melancolía, demencia e idiocia; tampoco disponemos de muchas más que cuatro clases de psicofármacos). Aunque quizá sea más productivo abandonar la idea de que estamos intentando describir entidades que tienen existencia en sí y repensar la psiquiatría desde otro planteamiento epistemológico.

A esta concepción reificadora de la enfermedad mental que inauguró Pinel se puede contraponer una visión constructivista según la cual llamaremos enfermedad a un estado -involuntario e indeseable- que produce un malestar frente al que una sociedad está dispuesta a articular un procedimiento que incluye exención de obligaciones, provisión de cuidados especiales y actividades de sanación (en nuestra cultura, médicas) encaminadas a resolverlo o paliarlo.

Desde esta perspectiva, la determinación de qué condiciones van a ser consideradas como enfermedad y cuáles no, corresponde a cada sociedad. Por eso hay sociedades en las que determinadas condiciones que en otras son consideradas normales (y, a veces, incluso deseables) son consideradas enfermedades.

La delimitación entre la *enfermedad en general* y lo que no lo es depende, según esto, de una decisión que sería mejor entendida como *política* o, en todo caso, *cultural* que como resultado de una investigación científico-natural.

La distinción entre enfermedades diferentes

adquiere sentido en la medida en que sirve para poner en marcha distintos procedimientos y para hacer predicciones sobre cuáles serán los

resultados obtenidos con estos. Los mayas saben qué deben hacer y qué cabe esperar que suceda con los *espantos*, y qué hacer con los *males echados* o el *k'ak'al ontonil*, o *ek ti'o⁹*. Nuestras familias y nuestros médicos saben qué deben hacer y qué cabe esperar que suceda con la varicela, y qué hacer con el síndrome de Down, la tuberculosis o los ataques de pánico. Por eso, aunque tengan el mismo agente causal, la

varicela y el herpes zoster son enfermedades diferentes.

No hay especies morbosas escondidas en alguna parte de la naturaleza esperando a encarnarse en enfermos. No hay nada más allá de los enfermos

Según este modo de ver las cosas, podríamos decir que en nuestra cultura *las enfermedades son constructos referidos a condiciones en las que un individuo experimenta un*

malestar, sobre el que existe un consenso en la idea de que debe ponerse en marcha un procedimiento que incluye la intervención del sistema sanitario, y que permiten hacer predicciones sobre las actuaciones de los médicos.

No hay especies morbosas escondidas en alguna parte de la naturaleza esperando a encarnarse en enfermos. No hay nada más allá de los enfermos. Es la acción de los médicos - y los resultados que se espera emanen de ella - que distingue unas enfermedades de otras. La aseveración de que un enfermo es el que va al médico, es más que una tautología. No hay nada de sorprendente en el hecho de que si queremos estudiar la epidemiología de los trastornos mentales debamos resignarnos a que la definición de *caso psiquiátrico* deba hacerse en términos de aquel sujeto que padece un malestar ante el que los médicos indicarían un procedimiento de tratamiento o cuidados¹⁰.



Si aceptamos esta hipótesis, lo lógico será construir nuestra *nosología* mirando más a los condicionantes de la intervención que a la observación de los síntomas. No es nada que no se haga en otras disciplinas médicas que han extraviado menos su rumbo que la psiquiatría. Los cánceres de mama no se clasifican por la dureza o la proximidad a la areola del tumor. Se clasifican en *grado I* o *grado n* según lo que la práctica indica que es la respuesta esperable a cada uno de los procedimientos disponibles para actuar sobre ellos. Y esa clasificación permite determinar cuál es el protocolo que va a aplicarse a un paciente dado y qué cabe esperar que suceda con él (qué parece más probable a la vista de lo sucedido con otros pacientes similares). El pragmatismo de los cirujanos ha enseñado a los oncólogos a dirigir su pensamiento de la intervención a los síntomas, más que de los síntomas a la intervención. Igual nos convenía a los psiquiatras tomar nota.

Notas bibliográficas

1. Pinel P. "Tableau général des fous de Bicetre, au nombre d'environ 200". 1793.
Ref Type: Serial (Book, Monograph).
2. Pinel P. *Tratado médico-filosófico de la enagenación mental o manía*. Madrid: Nivea, 1988.
3. Gracia D, Espino JA. "Desarrollo histórico de la psiquiatría". In: *Manual de Psiquiatría* (eds. González de Rivera JL, Vela A, Arana J). Karpos: Madrid; 1979.
4. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. "El fin de la ilusión de Pinel y la nueva psico(pato)logía". *Revista de Psicoterapia* 2005;XVI(62-63):5-25.
5. Kahlbaum L. *Die Gruppierung der psychischen Krankheiten und die Eintheilung der Seelenstörungen* [Trad. cast. (1995): *Clasificación de las enfermedades psíquicas*, Madrid, Dorsa]. Verlag von A. W. Kafemann, Danzig, 1863.
6. Kraepelin E. *Einführung in die Psychiatrische Klinik*, 20.^a ed., [Trad. cast. (1988): *Introducción a la clínica psiquiátrica*, Madrid. Nivea. Nivea, Leipzig, 1905.
7. Bercherie P. *Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico*. Manantial, 1986.
8. Nagel E, Newman JR. *El teorema de Gödel*. Madrid: Tecnos, 1994.
9. Fernández Liria C. "Enfermedad, familia y costumbre en el periférico de San Cristóbal de las Casas". *América Indígena* 1995;55 (1-2):235-277.
10. Goldberg D, Huxley P. *Common Mental Disorders*. Routledge, 1992.



Antonio Colodrón
Psiquiatra

La desinstitucionalización de los enfermos mentales no ha sido precisamente un camino de rosas. En este largo proceso, la psiquiatría ha tenido y tiene aún hoy día que hacer frente a multitud de obstáculos que dificultan su quehacer. Confidencialidad, consentimiento informado, aceptación del enfermo, tacto y perseverancia, son un todo en la labor del psiquiatra. ¿Qué papel tiene la bioética y la Justicia en la clínica psiquiátrica? Difícil es encontrar un punto de equilibrio porque "la psiquiatría es lo que es y carece de recetas para la felicidad".



Hace justamente un siglo, convocados por Clifford Beers, unos cuantos ciudadanos se reúnen en New Haven para constituir la Sociedad señera de Higiene Mental, la Sociedad de Connecticut. Su joven promotor, que ha sufrido varios ingresos en manicomios estatales y privados, sabe muy bien de qué habla: de aislamiento, de brutalidad, de deshumanización, de cárceles "salutíferas" donde "toda incomodidad tiene su asiento". Los congregados elaboran un programa para mejorar la atención de los enfermos mentales hospitalizados, prevenir las disfuncionalidades postproceso y modificar la dolorosa imagen que dificulta la reinserción social.

Clifford Beers ha dado cuenta al mundo de su propia enfermedad y drama. Una amarga verdad: *A mind that found itself* (1905) condensó su calvario y desvalimiento. Apoyado por James, el gran psicólogo iniciador del pragmatismo, y Adolf Meyer, catedrático entonces en la universidad Johns Hopkins, Beers -tras superar un severo episodio depresivo- cambió su proyecto vital para implicarse, como inspirador y guía, en las labores del "National Committee on Mental Hygiene".

Desde aquí al día en que Kennedy rubrica (en 1963) el acta sobre centros de Salud Mental, el camino hacia la "desinstitucionalización" de los enfermos no fue precisamente un camino de rosas aunque, tras la guerra mundial, tablero y jugadores cambiaron. Mucho. Con ánimo de distanciar las relaciones en la enfermedad mental, se anatematizan las voces que recuerden un turbio pasado: locura, manicomio, deficiente,

lunático, enajenado, cronicidad... Por doquier se elaboran programas que auspician la realización de una era nueva: la de la Salud Mental. Programas y más programas, redes de servicios en la comunidad, centros de salud, talleres protegidos, residencias, hospitales de noche y de día, cobertura de urgencias...

Es cierto que, por encima del alcance que se quiera dar a la prestación de cuidados, entre los nuevos recursos y los viejos manicomios hay algo más que diferencias de espacios, cuestiones de límites y aún de transmutación de las palabras. Ha surgido una nueva actitud frente al problema que abre las puertas de los centros a una avalancha de paraprofesionales autocalificados "trabajadores de la salud mental" y orgullosos de incorporarse a áreas, antes reservadas, en igualdad de

Clifford Beers ha dado cuenta al mundo de su propia enfermedad y drama. Una amarga verdad: *A mind that found itself* condensó su calvario y desvalimiento

derechos y capacidad de decisión en cuanto miembros de un "equipo".

Varios éxitos cinematográficos (*Nido de víboras*, *Corredor sin retorno*, *Alguien voló sobre el nido del cuco*, *Family life...*) llevan a la calle, al tiempo que lo toman de ella, el espíritu de numerosos voluntarios que ven en el trabajo en salud mental un nuevo camino de perfección.

Salud Mental Comunitaria

Altruismo y sentimiento comunitario compiten en países desarrollados ganadores de la guerra que, como impulsados por un sentimiento de culpa, se embriagan de solidaridad. Y mientras los psicoanalistas, en tan crítico período de confusión, contricción y cambio, inician su prudente retirada a los cuarteles de invierno, dos flamantes milicias se aprestan a asentar su campo: el de la Salud Mental Comunitaria -conformista por coherente con la estructura social y el poder al que sirve- y el de la Antipsiquiatría -indócil, antiautoritaria y despiadadamente crítica del control ilegal de las formas de alienación que la propia sociedad genera-. Dos rivales de fuste muy distinto. Recursos y apoyos gubernamentales para unos; reprobación y desfavores para otros. Orden y libertad son sus consignas respectivas. Madurez y conservadurismo, la condición y los modos de los bienvenidos con la ortodoxia política y académica; insurrección y radicalismo, la señal de una juventud que derriba muros de manicomios y fuerza romper las cadenas a los más recalcitrantes de la contención.

No es casualidad que unos ocupen la calle y agiten "*los homeless*" mientras los otros, desde los incipientes centros de salud mental, propongan procedimientos para adaptar las conductas desviadas en conformidad con las proclamas de los notables de la Federación Mundial: "... tener un trabajo, tener una familia, evitar conflictos con la ley y disfrutar de las oportunidades habituales de placer". Orientados, éstos y aquéllos, por criterios de carácter ético ¿habrá algún *inocentón* que se escandalice por la injerencia del *camarada* Fidel: "salud mental es estar de acuerdo con los ideales de la revolución"?

¡Qué difícil quehacer el del psiquiatra compelido a optar desde reglas éticas no siempre conformes con sus propias normas cuando no en categórica contradicción!



No es preciso retrotraerse a los años de "los disidentes" cuando Lyamin, el jefe médico del sanatorio-prisión donde le mantienen recluido, aseguraba a Bukovsky: "Estamos tratando de curarle a usted no de una enfermedad sino de sus creencias". ¿Será

preciso recordar los tratamientos aversivos y analíticos de los homosexuales hasta que, un buen día en San Francisco, su "trastorno" se trocó en normalidad? ¿Fueron menos indignas que las de la T4 de Berlín, las revoluciones sobre esterilización de Virginia (1907) por cuanto éstas ofrecían libertad condicional o internamiento permanente en conformidad con la aceptación voluntaria por los enfermos? ¿Se quieren casos más próximos? Los hay, pero darles cabida aquí sería alejarnos del tema.

Con la conquista de los neurolépticos estalló definitivamente el conflicto de poderes en la práctica psiquiátrica. La triunfante industria farmacéutica quiso tener una parte en el pastel. Y la tuvo: pues la psiquiatría biológica llegó con el cambio de imagen del enfermo que le permitió vivir en sociedad. Qué fue primero ¿la desinstitutionalización o la clorpromazina? Sesudas prédicas dejaron la pregunta sin respuesta. Por fortuna, llegaron simultáneas y ahí están. Pero, lo cierto es que si su unión propició lo antes impensable, trajo también

¡Qué difícil quehacer el del psiquiatra compelido a optar desde reglas éticas no siempre conformes con sus propias normas cuando no en categórica contradicción!

discordias y desarmonías: toxicidad, dependencia, amansamiento, pérdida de libertad... y aún riesgos para terceros (trastornos genéticos, malformaciones fetales, accidentes de tráfico...). Y como telón de fondo, ahora por mejor controlada menos patente y verosímil, la elaboración mitográfica de la enfermedad.

Nuevas y costosas técnicas exploratorias (TAC, RNM, PET) y terapéuticas (estimulaciones mediante electrodos implantados, transplantes celulares, manipulaciones genéticas...) que pronto se añadieron a la farmacología prestigiaron más el poder de la psiquiatría biológica. Y también el temor a ese poder. Casos como el de Ewin Cameron, presidente de la OMS, fascinado por los "lavados del cerebro" y por la "reestructuración mental", se inscriben en el arsenal de los horrores y aleccionan doblemente sobre la crueldad y la estupidez. Por supuesto, especímenes de tanta raza son insólitos pero muchos otros de menor enjundia, aunque comprensibles por el disgusto que provocan los enfermos que no mejoran, urgen poner remedio a dosis disparatadas de psicofármacos y cócteles de discutible valor.

Entre unas y otras cosas, vapuleada además por sus fuertes beneficios económicos, la industria farmacéutica se tornó en el Leviatán que, desde los fondos oscuros del comercio, dirige y controla la pujante investigación psiquiátrica.

Con la conquista de los neurolépticos estalló definitivamente el conflicto de poderes en la práctica psiquiátrica

Ética en Salud Mental

¿Podrá extrañar que, entre tanta competencia, mudanza y desabrimiento, la preocupación por la ética en salud mental haya saltado a la calle? Lo que hasta ahora fue análisis y autocrítica de las formas de discernir lo bueno de lo malo en las determinaciones médicas, la bioética en fin, se asfixia ante el cúmulo de problemas surgidos a la luz del progreso y no correspondidos con debidas respuestas. Movida por el recto deseo de ordenarlos se introdujo en escena la Justicia y con ella, en tromba, el inoportuno temor a incurrir en responsabilidad que ha conmocionado y corregido costumbres. Pero ¿han sido todo ventajas? La implicación en maternajes que, más allá de discutibles fundamentos teóricos, presidió siempre la relación



médico-enfermo ¿no ha sufrido una inflexión burocratizadora que empuja a lavarse las manos cuando se traspasa la responsabilidad al siguiente turno o al servicio de guardia? ¿Quién ganó con ello, la justicia, el médico o el enfermo? Una cosa es cierta, la ética seguro que perdió. ¿Es que no se redactan historias clínicas minorando o excluyendo datos que llegado el caso pudieran resultar comprometedores, (fármacos subrepticamente administrados por familiares, drogas, alcohol, enfermedades secretas, infidelidades, decisiones suicidas)? ¿Es que se cumple debidamente con la obligación de denunciar conductas tal vez punibles conocidas por razones terapéuticas o mediante el uso de procedimientos exploratorios que reducen la autocensura al descender el nivel de conciencia (narcoanálisis, hipnosis, relajación...)?

Desde su reciente constitución académica la bioética psiquiátrica que ha investigado

no es unívoco sino que cambia de color, con las batas y las togas, del blanco al negro.

En el centro de tan embarazoso asunto, el psiquiatra ha de soportar a diario situaciones absurdas. No faltan señales que anuncian el cambio pero la Salud Mental

parece obstinada en pedir a la psiquiatría lo que ésta no puede dar. Bienvenidas las grandes proclamas, bienvenidos los comités de ética, bienvenida la Justicia y bienvenidos cuantos agentes sociales aspiran al progreso, pero la psiquiatría es lo que es y carece de recetas para la felicidad.

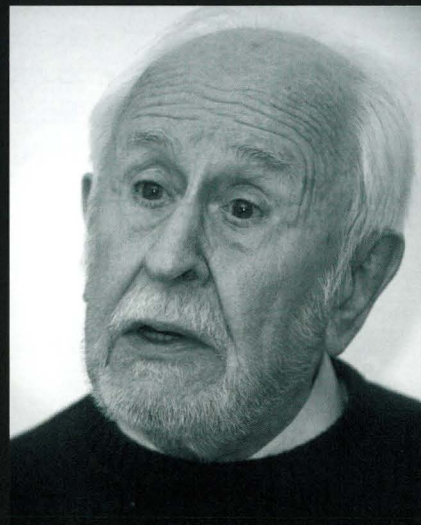
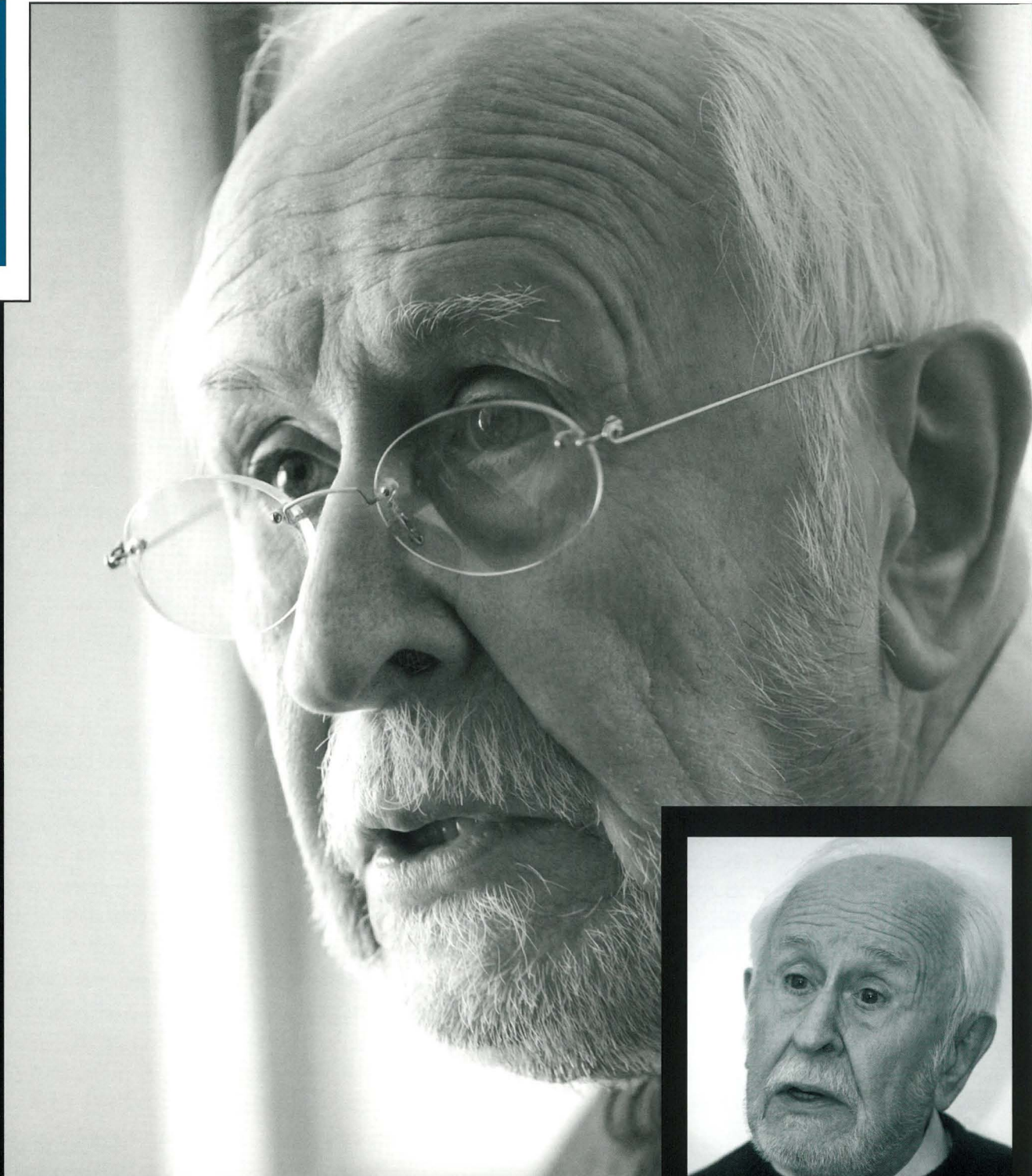
Confidencia, consentimiento informado, aceptación por el enfermo, saber suficiente y oportuno, tacto y perseverancia, comprensión para los códigos de los otros... ¿Queda algo más fuera de este "totum revolutum" de vicios y virtudes a cuyo centro tantos arqueros se aprestan a disparar? ¿Cómo distinguir el tirador certero del otro que, hincada la flecha en el árbol, dibuja, luego, arteramente, una diana alrededor?

Para el psiquiatra que, como cualquier otro médico, solo siempre, aún en equipo, ha de remitir a la intimidad de su propia conciencia cuanto nace en la relación con "su" paciente, hay una regla de oro, el más grande postulado ético, una norma universal; la que transcribió San Lucas de Aquél que la predicaba en el desierto:

"Y como queréis que hagan los hombres con vosotros, así haced vosotros con ellos también".

¿Cómo distinguir el tirador certero del otro que, hincada la flecha en el árbol, dibuja, luego, arteramente, una diana alrededor?

JOSÉ LUIS PINILLOS



La psicología es el estudio de
lo inobservable

“El pensamiento es necesario para mejorar el mundo”

JOSÉ LUIS PINILLOS

Psicólogo y profesor universitario

Sostiene José Luis Pinillos que “al mundo le falta corazón”, un órgano que tiene tantas neuronas y es tan necesario para vivir como el cerebro, pero repite que se siente optimista igual que tanta gente que tampoco ha perdido la esperanza. Y es que de mirar tanto hacia dentro, hacia lo que se siente pero no se ve desde fuera, este ilustre profesor defiende que el pensamiento es la palanca que puede cambiar el mundo, si encuentra un punto de apoyo en el corazón. La sociedad actual se afana, como es natural, por dominar lo que llamamos realidad, pero quizá olvida que esa realidad existe porque la ha creado algo superior a ella. Esa es la cuestión.

José Luis Pinillos nos recibió en su soleada casa de Madrid que, por cierto, está frente al templo egipcio de Debod. Lo hizo a primera hora de la tarde. Después, debía asistir a una reunión en la Academia. Tiene casi 90 años y la vitalidad de un jovenzuelo. Entre otros muchos galardones, en 1986 recibió el premio Príncipe de Asturias por su aportación a la promoción y progreso de la psicología empírica en España.

Parece que la psicología se ha puesto de moda, incluso proliferan las revistas con ese nombre para la población general ¿Cuál es su idea de la psicología científica?

Quizá más que ponerse de moda, lo que ha ocurrido es que la psicología, como otras muchas disciplinas, se ha beneficiado del desarrollo que desde hace tiempo vienen experimentando

los medios de comunicación y la información. Desde luego, las revistas de psicología para la población en general han proliferado, pero también las de viajes, las de astrología, divulgación científica y tantas otras. Ahora bien, la mayoría de esas revistas no son científicas en sentido estricto. ¿Que cuál es mi idea de la psicología científica? Para responder a esta cuestión es menester ponerse de acuerdo en lo que quiere decir “ciencia”. Científico es un tipo de conocimiento en el que se rechazan las hipótesis o las teorías cuando los hechos no están de acuerdo con ellas. Es decir, si una hipótesis científica predice que después de A ocurre C y, llegado el momento, no ocurre nada o acontece Z, esa ciencia tiene que suprimir o rectificar su hipótesis o su teoría.

Aunque no suele decirse, ese método ya lo usó Euclides en la Alejandría del siglo III a. de Cristo, y lo llamó “postulado sin pruebas”, esto es, un supuesto que para ser aceptado científicamente necesita encontrar las pruebas que no tiene. Esta ciencia moderna, rigurosamente “avant la lettre”, que descubrieron en la Alejandría de esa época Euclides, Arquímedes, Aristarco de Samos, Ptolomeo, Estrabón y muchos otros, se perdió después por la falta de una tecnología eficaz que la sostuviera y, sobre todo, por la caída del Imperio Romano. El juego de espejos que inventó Arquímedes para incendiar los barcos romanos a distancia no fue suficiente para alimentar la tecnología que debía acompañar y sostener la ciencia. Arquímedes, a su manera de hacer ciencia la llamaba sencillamente “el método”. Cuando por fin, en los siglos

oscuros -the dark ages- desapareció del todo ese brillante anticipo de la ciencia moderna que fue la de Alejandría, hubo que esperar siglos a que volviera a iniciarse el proceso y a que se desarrollara. Pese a la persecución de que los reestructuradores de esa ciencia fueron objeto por parte del pensamiento aristotélico-tomista (más tomista que aristotélico) y de la Inquisición, las ideas científicas de Galileo triunfaron por fin en el siglo XVII, después de una larga batalla en que la Iglesia Católica humilló y puso de rodillas a aquel hombre genial.

Existía ya la Ilustración cuando al método de la ciencia moderna se le empezó a llamar "método de la física". Más tarde se le denominó "método hipotético deductivo" y, desde Popper, "método de la falsación". "Falsar" viene a ser hoy el bautismo de fuego del conocimiento científico.

Entonces, ¿cómo definiría usted la psicología como ciencia?

Verán. El término "psicología" empezó por no existir en la antigüedad, ni tampoco en Grecia o en la Edad Media. En estas civilizaciones se usaban locuciones como "*peri psychés*" (sobre el alma), "*de anima*" (idem) y otras similares. El término *Psychologie* no aparece hasta finales del siglo XVI, como título de un libro de Rudolf Goclenius, profesor de física, matemáticas y alguna materia más en Alemania, aunque se difunde en el siglo XVIII, a partir de Christian Wolf, que lo utiliza para referirse a la "investigación científica del alma humana". Y es que pese a la indudable importancia que ha tenido y tiene la ciencia moderna en el desarrollo de la psicología -sirvan de ejemplo la reflexología de Pavlov o el conductismo de Watson- la cuestión es que cada vez hay más psicólogos que se interesan por el espíritu inmaterial, que según Aristóteles viene 'de fuera' para animar a los seres humanos y se vuelve a ir cuando fallecen. Es decir, psique, alma, conciencia o como queramos llamarlo.

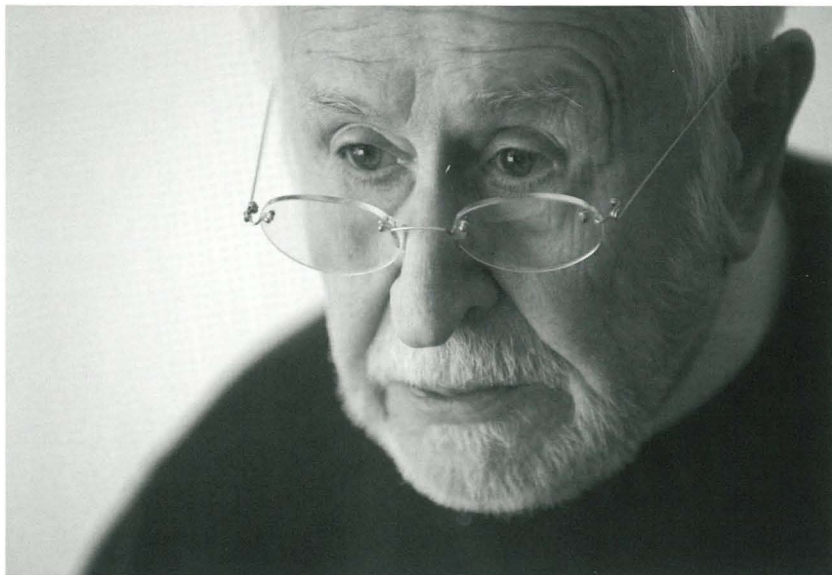
Nos guste o no, los hechos de conciencia son fenómenos subjetivos que no pueden ponerse sobre la patina de un microscopio para ser analizados. Sin duda, esos procesos tienen como fundamento la actividad de un cerebro y de un sistema nervioso que los hacen posibles. Excepto que nadie ha explicado todavía cómo una actividad cerebral, compuesta de materia y energía, puede

generar hechos o fenómenos únicamente perceptibles por el sujeto de la conciencia en que ocurren. Una vez, en un congreso sobre esta cuestión, alguien me objetó que algún día podrían

verse los pensamientos ajenos. Le contesté, en medio de grandes risas, que los pensamientos se entienden o no se entienden, pero no se ven. Los homínidos no se convirtieron en

hombres hasta que empezaron a pensar. En fin, creo que no estaría bien seguir insistiendo en que fue la perspicacia de su pensamiento lo que a Galileo le permitió coronar el redescubrimiento de la ciencia moderna en el siglo XVII.

La física es una ciencia que, entre otras cosas, investiga la estructura de la materia y la energía, pero de cuyos objetivos no forma parte la investigación de lo invisible. No obstante, hay quien no quiere o no puede reconocer esa autolimitación de la ciencia. "Piensan", o más bien "creen" que la ciencia es omnisciente y podrá llegar a saberlo todo. Pero aunque la psicología haya crecido a su sombra -Kant, por ejemplo, estuvo siempre al tanto de la mecánica de Newton- hay algo que cada vez más la inclina a bucear en el espíritu humano, por ejemplo, a través de la introspección y el pensamiento. Es lógico que las ciencias de la naturaleza no se dediquen a investigar este aspecto íntimo e inobservable que llamamos vida interior, porque no es eso lo que pretenden. Lo ilógico es cerrarse en banda y no querer saber nada de un psiquismo abierto puramente a la introspección. A esta actitud, algunos la llaman naturalización. Están en



su derecho. Si las "ideas" de perfecciones que no existen son las que inspiran las utopías; si los pensamientos son los que hacen las revoluciones y en sintonía con la música de las marchas militares encienden los ánimos que llevan los hombres a la guerra, entonces ¿esas ideas y esos pensamientos no podrán usarse también para transformar el mundo?

Y la psicología ¿ha evolucionado a lo largo de los últimos años?

Mucho, y bastante bien. En buena medida lo han hecho las ciencias sociales, pero por supuesto la sociología, la antropología y otras ciencias afines que también se denominan sociales. Todas esas disciplinas han contribuido, y contribuyen cada vez más a resolver problemas humanos que, aunque no con la precisión y alcance de la física, van siendo resueltos con éxito en muchos campos de la realidad. Un ejemplo significativo fue la selección de pilotos que durante la II Guerra Mundial se llevó a cabo en el Ejército del Aire de Estados Unidos, mediante tests de papel y lápiz. Fue un procedimiento que logró ahorrar muchas vidas y dinero. Cuando hablé por primera vez de este asunto a un grupo de pilotos del ejército español, todos se echaron a reír. Les invité entonces a hacer una prueba. Yo decía el nombre de un alumno suyo, daba mi opinión acerca de su aptitud de vuelo (muy buena, buena, regular o mala), y acto seguido el piloto que le enseñaban a volar manifestaban la suya. Cuando después de una veintena de casos los pilotos vieron que mis juicios coincidían con los suyos, y a veces los superaban, se

**Cada vez hay más gente
que se prostituye por lo
que no cree**

quedaron pensativos y, finalmente, el coronel que presidía el acto se excusó. El Alto Mando del Ejército del Aire decidió emplear aquellos tests en la selección de los pilotos. Yo me desentendí del asunto y me dediqué de nuevo a preparar oposiciones.

Por aquella época, unos pocos españoles logramos salir al extranjero a aprender y ver cómo se hacía psicología en los países avanzados (creo que fuimos Mariano Yela, el padre Úbeda, Miguel Siguán y yo mismo). Y al regresar, agrupados en torno al Dr. Germain -al que por cierto en los EE UU le habían nombrado general-, montamos como pudimos una Sección de Psicología en la Facultad de Filosofía de la Universidad Complutense, temiendo que no se matriculara casi nadie. No fue así. Las solicitudes para estudiar psicología sobrepasaron por completo nuestros cálculos. A veces los alumnos no cabían en las aulas. Hoy creo que son 20 las universidades españolas que tienen ya Facultad de Psicología

Fueron años duros ¿no?

Y que lo diga. Las primeras promociones las sacamos adelante unos pocos profesores, con mucho esfuerzo y medios muy escasos. Costó trabajo, pero al cabo de unos años nuestros

psicólogos empezaron a funcionar más o menos igual que los de los países más desarrollados. Poco a poco, las disciplinas tradicionales fueron

abriéndose a materias de creación reciente y los alumnos comenzaron a ser capaces de llevar adelante lo que habían empezado sus maestros. Me di cuenta, valga el ejemplo, de que mis *Principios de Psicología*, que habían tenido ya unas veinte

ediciones, empezaban a ser completados o substituidos por monografías sobre problemas de actualidad, o por técnicas recientes que no figuraban en mi manual. En ese sentido, me acuerdo de una investigación original que llevó a cabo hace ya tiempo un antiguo alumno nuestro, Juan José Miguel Tobal, que fue traducida a unos cuantos idiomas.

En aquella época, ¿cómo acogieron sus teorías?

No siempre bien. Había una monja que se enfadaba mucho porque ignorábamos la psicología escolástica, que es la que se enseñaba en los primeros años de la posguerra, durante la llamada Cruzada. Cuando pasó ya todo aquello, nuestro grupo intentó poner al día aquella anticuada psicología de la postguerra, y suplir en la medida de lo posible la ausencia de sus representantes más destacados, como la del conocido neurólogo Lafora exiliado en Méjico durante diez años. Personalmente, aparte de estudiar y leer toda la psicología que cayó en mis manos, durante unos cuantos años tuve la suerte de poder aprender psicología en Alemania, en Inglaterra y en EE UU, de la mano de especialistas competentes. Para el gran público escribí un libro de divulgación, *La mente humana*, que también se leyó bastante, y todavía colea. En eso, en viajes al extranjero, en conferencias y publicaciones más o menos circunstanciales, en atender las 120 tesis doctorales que dirigí como catedrático y en seguir trabajando en mis cosas se me fue lo mejor de la vida. Siempre he creído que la psicología se debería defender a sí misma *in situ*, con sus obras, y es lo que traté de hacer modestamente. Tal vez por ello, un día me concedieron algo en lo que nunca había pensado: el Premio Príncipe de Asturias en Ciencias Sociales. Después tuve que cumplir con las obligaciones que conllevan estas distinciones, hasta que pasada la racha seguí con mi trabajo. Y esto me parece que es lo principal que puedo decir de mí como psicólogo.

¿Cree que tenemos peor salud mental que hace años?

No me extrañaría. Después de la guerra civil española, de las dos Guerras Mundiales del siglo XX, del asesinato de seis millones de judíos y de tantas otras "limpiezas étnicas" como ha habido y sigue habiendo, amén de las numerosas y a veces horribles matanzas que han tenido lugar durante la "paz" de las grandes potencias, cabría suponer que al menos en ellas la gente trataría de disfrutar de la vida, de no preocuparse demasiado de la moral



tradicional y de mirar hacia otro lado cuando pasaba algo desagradable en otros países. Cuanto más lejos, mejor. Eso es lo que más o menos parece que ha estado ocurriendo. Pero no tanto porque los jóvenes hubieran escarmentado o aprendido en cabeza ajena, sino porque hay un mecanismo, o algo parecido, que tiende a establecer una incomunicación entre los padres y los hijos, como si éstos no quisieran repetir la suerte de sus progenitores. Más o menos viene a ser así como se ha difundido en la sociedad actual un particularismo que no se rige por principios morales, sino por motivos como la conveniencia, la ambición, los gustos, el deseo de poder y, por supuesto, el dinero, que casi todo lo

puede. De hecho, la sociedad actual ha optado por hacer caso omiso de la supuesta universalidad de la moral y, si se me permiten decirlo así, han asumido la actitud de Antón Pirulero: que cada cual atienda a su juego, y yo el primero. No sabría bien cómo cuantificar esta impresión, pero estoy convencido de que la anomia moral de la sociedad tiende a crecer de día en día. Cada vez hay más gente que se prostituye por lo que no cree, con tal de subir o de ganar más dinero. Sólo que eso a la larga se paga. La confesión borra en los creyentes los pecados y tranquiliza la conciencia. Las terapias ayudan a sanar los problemas de la sociedad. Pero si el comportamiento de las personas no cambia, dudo de que toda la psiquiatría, todas las pastillas, las psicoterapias y los psicoanalistas del mundo sean capaces de ordenarlo y de curar la seria afonía que padece hoy la voz de la conciencia. ¿Que cuál es ese orden y esa voz? No estoy seguro. Pero pienso que el miedo puede ser uno de sus elementos principales. Por lo demás, tengo la impresión de que, excepto los psicópatas y otros enfermos mentales, la mayoría de la gente sabe dónde le aprieta el zapato. Por mucho que uno quiera olvidar las cosas que ha hecho mal, suelen volver a rondar por la conciencia y, a la postre hacen irreconciliable la fractura del ser humano consigo mismo.

¿Y usted cree que la psicología puede ayudar a resolver estos conflictos sociales y personales?

Sí, hasta cierto punto. De hecho, las ciencias sociales están ayudando a resolver muchos problemas. Y cuando me refiero a las ciencias sociales lo hago en el sentido amplio del término: psicología social, antropología, demografía, estadística, historia, etc. Lo que pasa es que los problemas psico-sociales que afectan a la gente surgen de acuerdo con las épocas y no son fáciles de erradicar de momento, hasta que sean substituidas por otros. Son convicciones colectivas que no pueden cambiarse fácilmente. De otra parte, nunca ha sido fácil saber cómo piensan las personas, cuando quieren ocultarlo. De eso hablaba ya nada menos que Homero en *La Ilíada*, aunque que yo recuerde no ofreció ningún remedio. Este mundo interior sólo es accesible al titular de la conciencia. Hoy son la psiquiatría, la psicoterapia,

o el psicoanálisis, las ciencias o técnicas que tratan de curar a sus pacientes. Sólo que no es posible extraer un trozo de conciencia y limpiarlo como si fuera un tejido. Aunque las respuestas cerebrales a los estímulos se pueden ver y medir en forma de ondas o magnitudes, seguimos sin explicarnos cómo

la conciencia es capaz de reflejar lo que ocurre fuera de ella.

En un libro de Eddington que leí en mi juventud, *The nature of physical world*, el autor hacía una dura crítica de la física moderna. Pero más que esa crítica, me impresionó lo que el autor decía al final del libro: que por si sola, la ciencia jamás podría crear un mundo que el hombre considerara suyo.

Y el mundo universitario ¿qué diferencia a los jóvenes de ahora de su generación?

No lo sé muy bien. En el fondo, los jóvenes de ahora siguen siendo bastante parecidos a los de mi época. Sin duda, hoy gozan de más libertad que entonces. Establecer relaciones sexuales con una compañera de curso, vaya por caso, es mucho más fácil hoy que entonces, aunque esto ya se hacía durante la república, cuando yo estudiaba el bachillerato. También se ha "logrado" que los jóvenes respeten a las personas mayores menos que antes, ha sido posible rebajar la calidad de la enseñanza, sobre todo en matemáticas, quizá en geografía, en idiomas extranjeros y en la pobreza del vocabulario, pero en cambio se ha avanzado en la adicción a las drogas, en la violencia y en alguna cosilla más como el botellón. Por algo decía Aristóteles que cuando las leyes cambian con frecuencia, acaban por ignorarse. Los

constantes cambios de planes de enseñanza han sido, desde hace tiempo, un grave error, cuyos efectos han terminado manifestándose en los problemas que afectan a la enseñanza en nuestro país. Y es que parece que casi ningún ministro de educación resiste el deseo de mejorar las reformas de los ministros o ministras anteriores. La cuestión es que, como se sabe, sólo con buenas intenciones no se arreglan las cosas.

¿Qué puede aportar la psicología a la psiquiatría y viceversa?

Bueno, no soy psiquiatra, así que no me hagan mucho caso. Creo que el psicoanálisis puede aportar a la psiquiatría la exploración de los procesos inconscientes. Algo parecido diría respecto a la conveniencia de reforzar los tratamientos psiquiátricos con algún tipo de psicoterapia, o de psicoanálisis que complementa o coadyuve la acción de los fármacos y, no en último lugar, añadiría que tal vez pueda mejorarse un poco el uso que por lo general hacen los psiquiatras de los tests psicológicos. Ya sé que se utilizan, pero tal vez no del modo en que lo hacen los psicólogos. Por lo demás, debo decir que desconozco las aportaciones que pueda hacer la psiquiatría a la psicología. Excepto, claro está, la polémica que unos y otros se traen respecto a la facultad de recetar fármacos.

Usted es académico de la lengua ¿Existe un lenguaje para expresar lo inobservable?

Sí, el de la introspección y, sobre todo, el de los sentimientos. La metafísica sería la especialidad más adecuada para avanzar en la comprensión de problemas fundamentales de la vida, como el conocimiento de sí mismo, la libertad y la relación con algo que nos trasciende. Pero me temo que los psicólogos estén deslumbrados por el éxito de la física y de otras ciencias positivas y, aunque no sepan lo que es la metafísica, *a priori* desconfíen de ella.

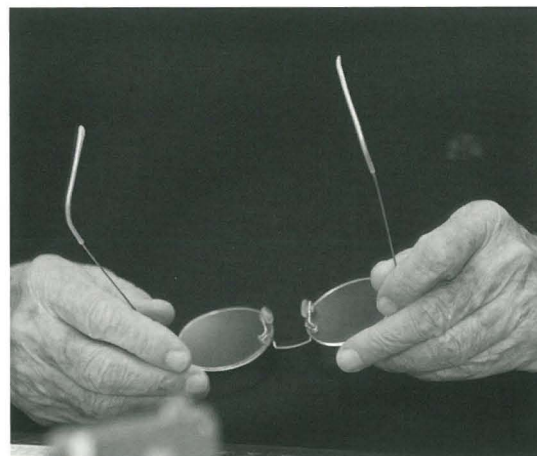
¿Y este lenguaje es asequible a la gente?

No mucho. La filosofía, y particularmente la metafísica, es una disciplina dura que requiere una larga y profunda preparación. Sin embargo, creo al igual que Kant que el bienestar auténtico y duradero del género humano depende de

ella. Lo que pasa es que cada vez tenemos menos tiempo para reflexionar sobre estas cosas.

Contestó al discurso de ingreso de Carlos Castilla del Pino ¿cómo ha sido su relación con él?

Sí, contesté con gusto al discurso de ingreso de Castilla del Pino en la Real Academia Española. A la llegada de la democracia, Castilla imaginó y llevó a cabo un importante campaña de clarificación de lo que estaba pasando en España. Supo explicar a miles y miles de personas que lo que estaba ocurriendo no era sino la llegada de la democracia, algo en principio muy afortunado para el país. Castilla practicó y difundió una disciplina algo insólita, una psiquiatría social que en aquel momento caló en la mente de los españoles. Su intervención fue realmente oportuna. Desde entonces seguimos siendo buenos amigos.



Si tuviera que elegir ¿de qué trabajo científico se siente más satisfecho?

Del que esté haciendo en este momento. Ya sé que es una fantasía, pero la idea de que puedo hacer las cosas un poco mejor que antes, me ayuda a seguir. Ilusión no me falta.



Una larga vida dedicada a lo insondable

Psicólogo y profesor universitario, José Luis Pinillos nació en Bilbao en 1919. Considerado el padre de la psicología contemporánea española, él dice modestamente que sólo es tío. Después de la Guerra Civil inicia la carrera de Filosofía y Letras en la Universidad de Zaragoza, se traslada después a Madrid para hacer la especialidad de Filosofía, que termina en 1946 con Premio Extraordinario de Licenciatura. Lee su tesis doctoral sobre "El concepto de sabiduría", y en 1949 y viaja a Bonn, becado por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas, para ampliar estudios de psicología en el *Psychologisches Institut* de esa universidad alemana.

Tras su regreso a España en 1950, pasa a formar parte del Departamento de Psicología Experimental del CSIC, pero de 1951 a 1953, obtiene una beca del *British Council*, en el Departamento de psicología del profesor Hans Eysenck en el Maudsley Hospital de Londres. Más tarde es nombrado *Team Leader* de una comisión que durante varias semanas visita Universidades y Empresas de los EE UU. Después, gana por oposición la Cátedra de Psicología de Barcelona, aunque toma posesión de la de Valencia. Luego continúa frecuentando los centros de psicología norteamericanos y los ingleses. En 1966 obtendrá por concurso la cátedra de Psicología en la Universidad de Madrid, puesto en el que continuará hasta su jubilación anticipada en septiembre de 1986.

José Luis Pinillos ha compaginado, a lo largo de toda su trayectoria profesional, su actividad académica e investigadora con la continua participación en cursos, congresos y conferencias, tanto en España como en el extranjero.

Con numerosos libros y artículos publicados, debemos destacar su *Introducción a la psicología contemporánea*, a la que posteriormente seguirán *Cuestiones de psicología evolutiva* (1964), *Constitución y personalidad* (1966), *La mente humana* (1969), *Tecnología de la conducta* (1972), *Más allá de Freud*, *Psicopatología de la vida urbana* (1977), y *La psicología y el hombre de hoy* (1986). Es miembro de las Reales Academias Española, de Ciencias Morales y Políticas, y de la Academia de Ciencias y Artes de Viena. Es doctor "honoris causa" por varias universidades.



CICLO SOBRE MUJER Y SALUD

Mujer y salud, uno de los recientes ciclos organizados por la Fundación de Ciencias de la Salud y la Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (FECYT), ha tenido como objetivo analizar aspectos relacionados con la salud y la mujer desde diferentes perspectivas: la visión clínica, la política sanitaria, la historia de la medicina y la investigación biomédica. Es indudable que las mujeres siempre han permanecido en un segundo plano, pero nunca han estado tan relegadas como en otros ámbitos productivos. Hoy, son una parte importante del mundo sanitario.



Aristóteles decía que la mujer era un varón mal engendrado. El patrón que la naturaleza defendía era el del varón y la mujer, una mera desviación. Durante casi toda la Edad Media se discutía si las mujeres tenían o no alma y, aunque avanzaron en derechos, no pudieron ejercer el voto por falta de discernimiento hasta principios del siglo XX. Durante siglos, la mujer ha sido invisible para casi todos los sectores del conocimiento, de la industria y de la sociedad, pero poco a poco, y con andar lento, ha ido ocupando un lugar equilibrado con el del hombre. O, al menos, hacia ese fin caminamos.

Es probable que la afirmación aristotélica pesara como una losa también en el ámbito de la salud. La salud, así, en femenino, y las enfermedades propias de las mujeres han sido objeto de estudio desde hace muy pocos años. Las enfermedades que preocupaban eran las de los hombres y los puestos de responsabilidad (y de no tanta responsabilidad) sólo eran desempeñados por varones.

Distintas maneras de enfermar

Si nos aproximamos a la salud de la mujer desde un punto de vista antropológico, ya nadie duda de que los hombres tienen desventajas biológicas, pero las mujeres desventajas culturales. Así lo afirmó Cristina Bernis, directora del Instituto Universitario de Estudios de la Mujer de la Universidad Autónoma de Madrid. Apunta Bernis que la biología podría ser uno de los factores que han influido a lo largo de la historia en las desigualdades entre sexos. Para la experta, los procesos biológicos de hombres y mujeres se expresan de forma diferente en función de los factores ambientales, por lo que es prácticamente imposible que se encuentren en igualdad de condiciones. Los hombres son más sensibles a estas posibles variaciones y las mujeres son más ecoestables como ocurre con los demás

Los hombres tienen desventajas biológicas pero las mujeres desventajas culturales

mamíferos debido a su papel reproductor. "Posiblemente -afirmó- esta sea la disculpa que se ha utilizado durante mucho tiempo para justificar que las mujeres tuvieran una posición subordinada a los hombres".

Las diferencias de género que afectan a la salud están claramente asociadas a las situaciones de desigualdad entre hombres y mujeres. La primera, atañe a la reproducción: "las mujeres asumen los papeles de reproducción y producción, mientras que los hombres sólo se ocupan de la producción", afirmó Bernis. Por esta razón, muchas enfermedades se expresan de manera diferente en las mujeres. Así ocurre con los problemas osteomusculares, los desórdenes nutricionales, las anemias o las enfermedades metabólicas asociadas.

Hay muchos indicadores que se utilizan para valorar las diferencias de salud entre hombres y mujeres. En general, las mujeres siempre se perciben con una peor salud, duermen menos horas y, en los últimos años, se han producido curiosos hechos en relación con el género. Por ejemplo, a finales del siglo XX, ha aumentado más la talla de las mujeres que la de los hombres; el índice de masa corporal también ha variado y, con ello, el aumento de la liposidad.

Los comportamientos de riesgo han sufrido fuertes cambios. Tradicionalmente sólo los hombres fumaban, consumían drogas o alcohol, pero en las últimas décadas los comportamientos femeninos se



De izquierda a derecha: Cristina Bernis y Eulalia Pérez Sedeño (1ª Sesión)

han masculinizado, de manera que se está igualando y el consumo de tabaco y el de alcohol es ya más alto en las chicas adolescentes.

Género y políticas de salud

Desde hace varias décadas, distintos organismos se ocupan de respetar la igualdad de género en diferentes áreas. En el terreno de la salud, esta función la desempeña el Observatorio de Salud de la Mujer, organismo que depende del MSC. Concha Colomer, su directora actual, abordó la necesidad de que todas las estadísticas se muestren por sexo, tal y como promulga la *Ley para la Igualdad Efectiva* entre hombres y mujeres aprobada en marzo de 2007: "la información así desagregada es clave para que las estrategias de salud sean más efectivas", afirmó. El problema con el que nos encontramos es que no hay muchos profesionales que sean capaces de analizar la información desde el punto de vista de género, lo que supone un obstáculo importante para la transversalidad de género, un concepto nuevo que designa la integración sistemática de las diferencias entre hombres y mujeres en todas las políticas y actividades.

En este sentido, el Observatorio encargó a la Sociedad Española de Cardiología (SEC) que desagregaran los casos relativos a cardiopatía isquémica. En general, las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte tanto para hombres como para mujeres, por tanto, hay que llevar a cabo una política de salud que disminuya esa mortalidad. Según los datos estadísticos, este problema afecta más a los hombres lo que ha conducido a enfocar los planes a este grupo casi exclusivamente. Sabemos que los hombres mueren mucho antes que las mujeres por infarto, y hasta los 60 o 65 años el número de fallecidas no es muy significativo, sin embargo en edades más avanzadas, el 50% de las diagnosticadas que fallecen son mujeres frente a un 30% de hombres, entre otras razones porque la sintomatología descrita suele ser la de los hombres y, curiosamente, porque las mujeres tardan más en acudir a un hospital.

Mujeres y actividades sanitarias en la historia

Teresa Ortiz, catedrática de Historia de la Ciencia de la Universidad de Granada, analizó el papel de las mujeres en dos profesiones sanitarias: la



De arriba abajo: Concha Colomer y Mª Jesús Santesmases (2ª Sesión)

enfermería y la medicina. Todo hace prever que la primera mitad del siglo XXI ofrecerá un panorama inaudito ya que la mayoría de los profesionales sanitarios son mujeres, algo que antes sólo ocurría en el área de enfermería. Los datos hablan por sí solos: en 1955 había un 1% de médicas, cincuenta años después, esta cifra aumenta al 42%. Las odontólogas y estomatólogas pasaron del 4 al 40% y las farmacéuticas también experimentaron un rápido ascenso. Esta progresiva tendencia hace que la sanidad española tenga más de un 65% de mujeres entre sus trabajadores en la actualidad. Pero no podemos obviar, afirmó la Prof. Ortiz, que "las jóvenes médicas no suelen sentir reconocida su autoridad profesional,

debido fundamentalmente a que ésta sigue teniendo un significado estrictamente masculino". Además, la publicación de estudios científicos con las iniciales de los nombres de sus autores "está contribuyendo a hacer invisible la aportación de las mujeres a la producción del conocimiento".

La elevada feminización actual plantea un panorama muy distinto al que ocurrió cuando se abrieron las primeras universidades en el siglo XIII y hasta finales del XIX. Durante estos siete siglos, las mujeres fueron excluidas de la universidad y de los puestos de relevancia. No eran admitidas en las aulas, una tendencia que se mantuvo hasta la segunda mitad del XIX, y se implementó con normas legales que, por ejemplo, obligaban a que las mujeres no pudieran ejercer la medicina. Así, se masculinizó la profesión sanitaria y, por ende, la producción científica. El único espacio reconocido era la matronería o la partería. El saber de las parteras era un saber empírico que se transmitía de forma oral y, probablemente, tendría tantas modalidades como culturas. El parto era cosa de mujeres aunque algunas

Las médicas jóvenes tenían serias dificultades para sentir reconocida su autoridad profesional

desarrollaban una actividad pública, remunerada y autorizada por un médico, afirmó Teresa Ortiz.

Avanzando el tiempo, se extendió una corriente que situaba el trabajo sanitario en el núcleo de la feminidad. "En este sentido, afirmó la historiadora, parece indudable el efecto socializador que han jugado los programas de educación sanitaria del último siglo y medio destinados exclusivamente a las mujeres

con objeto de convertirlas en agentes de salud en el ámbito doméstico, programas que se realizaron en todos los países europeos". En España, durante el franquismo, existían estudios obligatorios y asignaturas exclusivas para niñas y adolescentes relacionadas con la crianza, la higiene doméstica y la salud del hogar.

Pero las mujeres que pudieron acceder a los estudios de medicina establecieron una serie de estrategias para conseguir sus objetivos. Por una parte, desarrollaron alianzas con médicos varones que estuvieran a favor de abrirles camino. Como estaba bien visto que atendieran a mujeres y a niños, los primeros trabajos los desempeñaron exclusivamente en este sentido. Al tiempo, se crearon escuelas de medicina exclusivas para mujeres y asociaciones médicas femeninas porque no les admitían en las asociaciones de varones.

Las cosas, en la actualidad, aunque han cambiado, siguen teniendo ciertos resquicios del pasado. Un estudio realizado en la



De izquierda a derecha: Teresa Ortiz y Javier Puerto (3ª Sesión)

Universidad de Granada demostró que las médicas jóvenes tenían serias dificultades para sentir reconocida su autoridad profesional. “El poder se ejerce y se detenta en la profesión médica como en las sociedades patriarcales -concluyó Teresa Ortiz-, autoridad y poder han estado tradicionalmente unidos y siempre tenido un significado estrictamente masculino”.

Investigación biomédica: de la política científica al género

“Las mujeres siempre están en la frontera del progreso social, y en los países donde hay más innovación, por ejemplo en los nórdicos, las mujeres juegan el papel más importante”. Son palabras de Flora de Pablo, la primera directora del Instituto de Salud Carlos III tras seis directores varones.

Un 74 por ciento de los estudiantes de medicina son mujeres

Uno de sus primeros objetivos es cumplir con la igualdad de género, aunque es consciente de que para conseguirlo hay que contar con la ciudadanía, con los pacientes, con las administraciones, con las universidades, con la industria, con los profesionales de la salud, con las asociaciones de pacientes, con las fundaciones.... Pero los datos son positivos. En el área de la investigación, España se sitúa entre los cinco mejores en lo referente al Sistema Nacional de Salud, pero aún no estamos entre los primeros diez en investigación científica. En cuanto al Plan de igualdad de género, uno de los principios básicos es que se ejecute con plena igualdad la incorporación de la mujer, tarea difícil porque, según de Pablo “las mujeres tenemos menos deseos de protagonismo y más garantías de trabajar en común siguiendo un mismo objetivo”. Pero lo cierto es que, en la administración de nuestro centro, las mujeres ocupan cada vez más puestos. En los estudios de medicina en este momento la cifra asciende a un 74%. Las mujeres tienden a elegir determinadas especialidades y están sacando los mejores números de MIR. Suelen tener un solo trabajo (un hospital) frente a los hombres que mantienen en muchos casos más de un empleo.

Pero las cifras empiezan a bajar cuando hablamos de altos cargos: de un total de 28 facultades de medicina, sólo cinco tienen una mujer decana. En los hospitales públicos, en el 2007 había un 18% mujeres gerentes y un 20% de mujeres jefas de Servicio, pero hay muchas mujeres ocupando plazas de adjuntas, jefas de área, jefas de sección...

En el resto de las universidades españolas, un 54% de los estudiantes son mujeres. Sacan mejores notas y llegan a ser licenciadas un 60%, pero a partir de ahí se igualan con los hombres en predoctorales y doctoras, para



De arriba abajo: Flora de Pablo y Diego Gracia (4ª Sesión)

posteriormente bajar en profesores titulares de manera que sólo un 14% llegan a catedráticas. Para Flora de Pablo, se produce una clara pérdida de talentos: "las mujeres tiran la toalla por falta de apoyo en determinadas circunstancias, la educación sexista sigue existiendo, sigue siendo difícil compatibilizar la familia con el trabajo, las mujeres hemos salido al mercado laboral, pero a los hombres les cuesta entrar en la cocina. En definitiva lo que me gustaría es que dejara de ser cierto lo que dijo Rita Levi Montalcini sobre que el mundo está dominado por una gerontocracia masculina. De esta afirmación hay tres cosas que no me gustan; lo de *dominado*, lo de *gerontocracia* y lo de *masculino*". Pero parece que los

tiempos están cambiando y ya nadie duda que investigación, salud y ciencia son palabras con género femenino.



El saber de las matronas

A partir del siglo XVIII, el nacimiento de un niño se empieza a considerar algo público como resultado de las ideas mercantilistas y las políticas poblacionistas que inundaban Europa. El nacimiento humano se dotó de valor político, por lo que el arte de "partear" se situó también en la esfera de lo público pasando a ser cuestión de Estado. A partir de entonces se inicia el proceso de medicalización y de asistencia al parto, un proceso lento y también muy criticado. Se transformó el oficio en profesión y las matronas quedaron para asistir los partos normales. Ante este proceso de masculinización, las matronas expresaron sus derechos a través de muchos escritos y se sumaron a los textos de las escritoras que ya lo hacían desde siglos atrás. Pero aún así, las diferencias eran enormes: publicaron 15 libros sobre partos frente a los 300 de los cirujanos. La retórica de estos libros está plagada de invocaciones a la gracia divina para avalar el texto y justificar su intromisión en este área.

A pesar de estos esfuerzos, la tarea de parteras se acabó sometiendo a la supervisión de médicos y cirujanos aunque no deja de resultar curioso que en algunos casos se convirtieran en las maestras. Durante el siglo XIX las matronas fueron mediadoras para que los hombres asumieran este trabajo de manera que la función más elevada (médico) se ejercía por médicos y la más baja por matronas.

Trastornos por externalización e internalización

LA CRISIS DE LA NOSOLOGÍA PSIQUIÁTRICA ACTUAL

Clasificaciones basadas en criterios sintomáticos

La nosología psiquiátrica actual nace con la publicación de la tercera edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría* (DSM-III)¹ en 1980. Las sucesivas ediciones (la última es el DSM-IV-TR) y el capítulo sobre "Trastornos Mentales y del Comportamiento", el V de la décima edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades y Causas de Muerte de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10)² publicado en 1992 siguen los mismos principios del DSM-III.

La nueva corriente nosológica surgió de la necesidad de facilitar el intercambio de información epidemiológica para poder tomar decisiones racionales sobre la asistencia, de proporcionar un marco de referencia para la investigación de los trastornos mentales y para simplificar y mejorar la comunicación entre los clínicos.

Las clasificaciones citadas se basan en las manifestaciones clínicas y pretenden ser ateóricas. No toman en consideración otros aspectos como la etiopatogenia (porque es insuficientemente conocida en la mayoría de las enfermedades mentales), ni el curso (porque éste puede no terminar de consumarse en muchos casos). Los criterios sintomáticos

para clasificar las enfermedades estaban al comienzo de la psiquiatría científica³ y tienen grandes ventajas: facilitan descripciones que son fáciles de captar, que están muy cercanas a la realidad clínica cotidiana y, sobre todo, permiten un lenguaje común para los psiquiatras de todo el mundo, de ahí su éxito. Buena prueba de ello es que la fiabilidad interexaminador puede llegar a ser muy alta. En los estudios de campo de la CIE-10⁴ la concordancia global medida con el coeficiente *kappa* a nivel del 2º carácter era de 0,81 y a nivel del 3º carácter era de 0,71. Para los principales grupos de trastornos estaba entre 0,91 y 0,51, que son cifras del mismo orden o incluso superior al que se puede encontrar en otros campos de la medicina.

Las clasificaciones sintomáticas tienen, sin embargo, algunas desventajas:

- 1) Hay casos en los que se presentan muchos síntomas que pueden corresponder a

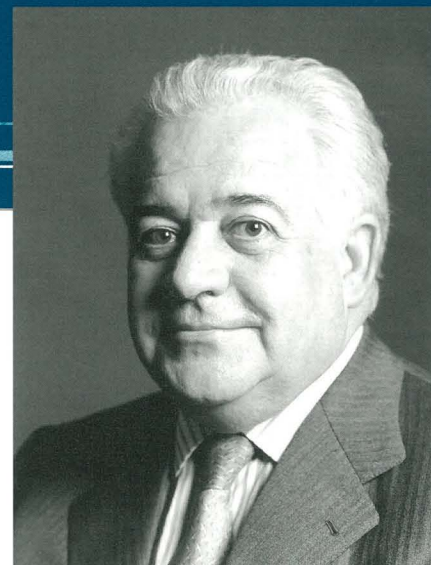
Juan J. López-Ibor

Catedrático de Psiquiatría.

Director del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental.

Hospital Clínico San Carlos.

Universidad Complutense. Madrid



enfermedades diferentes. En estos casos hay que establecer un sistema jerárquico a base de criterios de exclusión, lo cual implica aceptar alguna teoría sobre qué trastorno es primario y cuál no lo es, o, suprimir los criterios de exclusión y aceptar que un mismo enfermo reciba varios diagnósticos, sin presuponer que se trata de enfermedades diferentes, que es lo que se llama comorbilidad.

- 2) Otras veces, por lo contrario, hay demasiados pocos síntomas para llegar a un diagnóstico y así surgen categorías atípicas, que son cajones de sastre y categorías subsindrómicas.
- 3) Hay incluso casos en los que un diagnóstico, por ejemplo, el de esquizofrenia simple, hay que hacerlo en ausencia de síntomas.
- 4) Las manifestaciones de un trastorno pueden estar sujetas a influencias étnicas o culturales.

La crítica a la nosología actual

Para muchos autores el enfoque descriptivo del DSM-IV y de la CIE-10 ya no tiene razón de ser⁵. Es potencialmente engañoso y su utilidad para las decisiones clínicas y de gestión es muy limitada. Por ejemplo, si bien los

tratamientos psiquiátricos son tan eficaces como los del resto de las enfermedades crónicas, su descubrimiento ha sido casual en la mayoría de los casos y, en consecuencia, el diagnóstico no es útil para llevar a cabo indicaciones terapéuticas precisas. Así, los antidepresivos son eficaces, e incluso pueden tener una indicación principal en infinidad de trastornos no depresivos (de ansiedad,

obsesivos, de estrés, somatomorfos, etc.) y el 60% de las indicaciones de los antipsicóticos son para cuadros no psicóticos. También resulta chocante que con los mismos resultados de ensayos clínicos la FDA autorice el registro de un

fármaco como antipsicótico y la EMEA como anti-esquizofrénico, cuando son dos cosas distintas.

Por otra parte no hay aun ningún marcador fenotípico neurobiológico o gen útil para el

Los criterios sintomáticos para clasificar las enfermedades estaban al comienzo de la psiquiatría científica y tienen grandes ventajas

diagnóstico de ningún trastorno psiquiátrico, ni para predecir una respuesta a un tratamiento farmacológico, probablemente debido al solapamiento entre grupos diagnósticos y controles. Hoy día, a pesar de los avances en la investigación, faltan conocimientos suficientes sobre la implicación relativa de factores genéticos y no-genéticos y sobre las anomalías moleculares y celulares que subyacen a la patofisiología de los trastornos psiquiátricos.

En este ambiente han surgido sesgos importantes de la investigación, cuando ha ido orientada a refinar sintomatología descriptiva o ha puesto demasiado énfasis en las agrupaciones de síntomas definidos por el DSM-IV y la CIE-10 y no en la base biológica de los síntomas presentes, base que corta de través los trastornos definidos por el DSM-IV y CIE-10.

NUEVOS PLANTEAMIENTOS SOBRE LA NOSOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

No es de extrañar que la situación descrita haya llevado a plantearse nuevos caminos para la clasificación de los trastornos mentales aprovechando lo bueno de los actuales, el lenguaje común internacional, y las oportunidades de la investigación clínica y neurocientífica actual, que son muchas. De hecho, varios grupos están trabajando en el desarrollo paralelo del DSM-V y del capítulo sobre trastornos mentales de la CIE-11 2.

Los estudios evolutivos a largo plazo de patología psiquiátrica unas veces encuentran una gran estabilidad diagnóstica, en especial en la esquizofrenia y en los trastornos esquizo-afectivos y en otros grandes variaciones⁶. Nosotros⁷ hemos encontrado, en un estudio evolutivo superior a cuarenta años, más de 200 casos de trastornos de ansiedad un patrón evolutivo muy estable: fobia simple y ansiedad de separación en la infancia, trastorno de ansiedad generalizado y trastorno de pánico en la

Resulta chocante que con los mismos resultados de ensayos clínicos la FDA autorice el registro de un fármaco como antipsicótico y la EMEA como anti-esquizofrénico

tercera y cuarta décadas de la vida, trastornos depresivos una o dos décadas mas tarde y trastornos somatomorfos en las edades mas avanzadas. Además, la mitad de los enfermos con trastorno de pánico tendían a

evolucionar en los años siguientes hacia la agorafobia.

Externalización-Internalización

En este contexto la noción de que hay trastornos por externalización y trastornos por internalización adquiere un interés especial. Los comportamientos externalizadores fueron descritos en la psiquiatría infantil hace unas cinco décadas y desgraciadamente los psiquiatras infantiles y los demás, que suelen ser sólo de adultos, llevan muchas décadas dándose la espalda. La externalización alude a comportamientos observables por terceras personas, se trata de niños y adolescentes que son referidos por los problemas que plantean a los padres y profesores en situaciones muy variadas. Los afectados minimizan sus problemas, ya que se consideran normales y transfieren la problemática a los padres y los educadores que no les aceptan como son o como pretenden ser. En la clínica los adultos son los informantes principales y para ello se han desarrollado algunas escalas diagnósticas. Son, por otra parte, trastornos peor estudiados en las niñas.

CON MANO ajena

La idea de que hay dos formas de manifestación de la patología psíquica es antigua y está presente en conceptos de larga tradición. La novedad es que podrían incorporarse a los criterios nosológicos futuros.

Alexander⁸, el fundador de la escuela de patología psicosomática de Chicago describe así la formación de síntomas en medicina psicosomática: una tensión emocional crónica reprimida o no suficientemente aliviada puede dar lugar a manifestaciones histéricas o a una neurosis vegetativa. En el primer caso el mecanismo es la reacción de conversión histérica, en el que existe un esfuerzo simbólico por aliviar la tensión, que se produce a través de las funciones motoras o sensoriales del sistema nervioso de la vida voluntaria. En el segundo caso, el de las manifestaciones vegetativas o psicosomáticas, los síntomas no son una expresión (simbólica) de la emoción, sino su concomitante fisiológica natural.

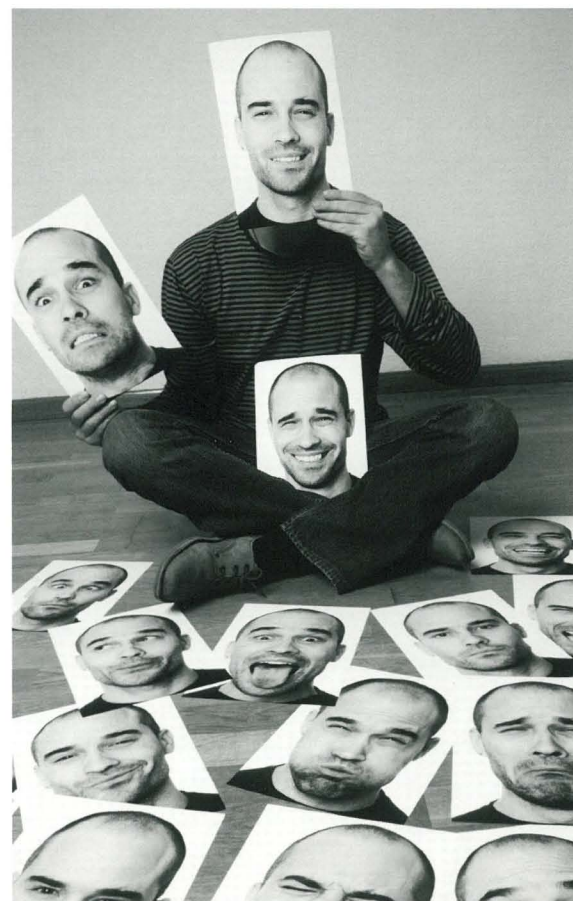
Otra expresión de la misma dualidad la encontramos en Ernst Kretschmer⁹, para el que los síntomas histéricos tienen dos formas diferentes (parálisis frente a temblores) que son la expresión de los dos reflejos primitivos de defensa frente al peligro que poseen todos los animales: el reflejo cadavérico

La externalización incluye dependencia al alcohol, a drogas y trastorno de personalidad antisocial, y la internalización, episodio depresivo mayor, distimia, trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, fobia simple, agorafobia y trastorno de pánico

que se expresa en el mimetismo y la tempestad de movimientos de las aves cuando algo o alguien amenaza la tranquilidad del gallinero. López Ibor extendió este concepto a las neurosis y la

angustia en general con los nombres de sobrecogimiento y de sobresalto¹⁰.

En tercer lugar está el diagnóstico dimensional de la personalidad de Eysenck¹¹, en especial en lo que se refiere a la introversión-extraversión, con



el interés añadido de la búsqueda de una base neurobiológica para estos rasgos, que su autor refería al sistema límbico.

En un estudio de Miller¹² realizado en 253 adolescentes (varones y mujeres) de entre 13 y 17 años de edad, remitidos por problemas psiquiátricos y de delincuencia aparecieron nueve factores (egocéntrico-explosivo, destructivo-violento, delincuencia social, incapacidad para estudiar,

turbulencia adolescente, aislamiento apático, conducta neurótica, dependencia-inhibición y anomalías neurológicas o psicóticas), que en un análisis de segundo orden se integraban en dos dimensiones (interiorización y exteriorización).

El trabajo mas importante de la nosología de la internalización-externalización es el de Krueger¹³, que llevó a cabo un análisis factorial de las muestras de comorbilidad en DSM-III-R entre 10 trastornos mentales frecuentes (episodio depresivo mayor, distimia, trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, fobia simple, agorafobia, trastorno de pánico, dependencia al alcohol, dependencia a drogas y el trastorno de personalidad antisocial) en el *National Comorbidity Survey* (n = 8.098; rango de edad, 15-54 años) y comparó cuatro posibles modelos explicativos: un factor, dos factores (internalización vs. externalización de problemas), tres factores (la internalización se dividió en dos subfactores, ansiedad-desdicha y miedo) y cuatro factores (afectividad, ansiedad, dependencia a sustancias y factores antisociales). El modelo de tres factores fue el que ofreció el mejor ajuste, aunque el de dos factores es el que tenía mejor correlación con el tratamiento.

La externalización incluía dependencia al alcohol, dependencia a drogas y trastorno de personalidad antisocial. La internalización incluía a su vez episodio depresivo mayor, distimia, trastorno de ansiedad generalizada (estos tres en el sub-factor ansiedad-desdicha), fobia social, fobia simple, agorafobia y trastorno de pánico (estos cuatro formando parte del sub-factor miedo).

Estos dos factores aparecen también en muestras de población general¹⁴ y en niños con enfermedades crónicas¹⁵.

Lo que es importante señalar es que también se ha encontrado una continuidad en la edad adulta, y así, los niños con trastorno disocial tienen más riesgo para padecer trastornos externalizadores, abuso de alcohol y drogas y trastorno disocial de la personalidad¹⁶.

Notas bibliográficas

1. A.P.A. (American Psychiatric Association): *DSM-III. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson. Barcelona, 2001
1. A.P.A. (American Psychiatric Association): First, M.B., Frances, A., Pincus, H.A.: *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales - IV - Texto revisado.* Elsevier-Masson. Barcelona, 2001
2. O.M.S.: CIE-10. *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. 1992, Madrid, Meditor.
3. Pinel, Ph: *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. 2ª edición. J. Ant. Brosson. 1809, París.
4. Sartorius N, Kaelber CT, Cooper JE, Roper MT, Rae DS, Gulbinat W, Ustün TB, Regier DA. "Progress toward achieving a common language in psychiatry. Results from the field trial of the clinical guidelines accompanying the WHO classification of mental and behavioral disorders in ICD-10. 1": *Arch Gen Psychiatry*. 1993 Feb; 50(2):115-24.
5. Hyman SE. "Neuroscience, genetics, and the future of psychiatric diagnosis". *Psychopathology*. 2002 Mar-Jun; 35(2-3):139-44.
6. Rubio, G. and López-Ibor, J.J.: "Generalized anxiety disorder: a 40-year follow-up study". *Acta Psychiatr Scand*, May; 115(5):372-9, May 2007.
6. Rubio, G. and López-Ibor, J.J.: "What can be learnt from the natural history of anxiety disorders?" *Eur Psychiatry*, 22(2):80-6, March 2007.
7. Modestin J, Huber A, Satirli E, Malt T, Hell D. "Long-term course of schizophrenic illness: Bleuler's study reconsidered". *Am J Psychiatry*. 2003 Dec;160 (12): 2202-8.
8. Alexander F. "Fundamental concepts of psychosomatic research". *Psychosom Med* 1943; 5: 205-10.
9. Kretschmer, E.: *Hysterie, Reflex und Instinkt*. Thieme. Stuttgart, 1958.
10. López Ibor, J.J. *La Angustia Vital*. Paz Montalvo. 1952, Madrid
10. López Ibor, J.J. *Las neurosis como enfermedades del ánimo*. Gredos. 1966, Madrid.
11. Eysenck, H.J. (1967). *The Biological Bases of Personality*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
12. Miller LC. "Dimensions of adolescent psychopathology". *J Abnorm Child Psychol*. 1980 Jun; 8(2):161-73.
13. Krueger RF. "The structure of common mental disorders". *Arch Gen Psychiatry*. 1999 Oct;56(10):921-6.
14. Korenblum M, Golombek H, Marton P, Stein B. "The classification of disturbed personality functioning in early adolescence". *Can J Psychiatry*. 1987 Jun;32(5): 362-7.
15. Thompson RJ Jr, Kronenberg W, Curry JF. "Behavior classification system for children with developmental, psychiatric, and chronic medical problems". *J Pediatr Psychol*. 1989 Dec;14(4):559-75.
16. Robins LN, Price RK. "Adult disorders predicted by childhood conduct problems: results from the NIMH Epidemiologic Catchment Area project". *Psychiatry*. 1991 May;54(2):116-32.

Una Niña Dormida



Gustavo Martín Garzo
Escritor

Esto que voy a contar sucedió en el verano de 1981. Nuestra hija aún no había cumplido el año y fuimos a veranear a Noja, en la provincia de Santander. Una amiga tenía una casa junto a la playa, y nos la había prestado para pasar ese mes. Era como la cabaña de un cuento. De hecho, sólo desde hacía dos años su propietario, el padre de nuestra amiga, un hombre del todo peculiar, había puesto en ella luz eléctrica, y todavía para conseguir agua teníamos que servirnos de una bomba de mano, que resultaba agotadora. Era bastante molesto, pues la higiene de una niña pequeña reclama un gran consumo de agua, y a todas horas tenía que estar accionando aquella palanca. A cambio, la casa estaba en un lugar envidiable, junto al mar, en un prado cuya hierba amanecía cada mañana empapada por la humedad de las nieblas tempranas. Sentíamos a todas las horas el batir de las olas contra las grandes rocas de la playa y, sobre todo por las noches, era una maravilla contemplar el cielo estrellado sentados junto a la puerta. Las estrellas fugaces caían con una profusión que nunca antes habíamos visto, y nosotros nos hartábamos de pedir deseos. Éramos del todo felices, y ni una sola nube empañaba nuestra dicha, pero veíamos a nuestra pequeña hija, y nos parecía que no era posible que fuera tan hermosa sin que todos los peligros del mundo

Las estrellas fugaces caían con una profusión que nunca antes habíamos visto, y nosotros nos hartábamos de pedir deseos

fueran a cernirse sobre ella. Y todos los deseos que formulábamos en silencio tenían que ver con su felicidad.

Orestes Cendrero, el padre de nuestra amiga y dueño de aquella cabaña, era un profesor de Ciencias Naturales que había sido represaliado por Franco. Excéntrico y sumamente generoso y amable, parecía un habitante de otro planeta. Aquella casa era su refugio, pero también su obra, la expresión confiada de su excéntrico ser. Otra de sus locuras eran sus palomas. Era colombófilo, y cuando

fuimos a recoger las llaves de la cabaña a su casa de Santander, situada en la Ciudad Jardín, nos enseñó sus palomas, cuyos nombres pronunciaba sin vacilar, y que mimaba y atendía con un celo de amante. Vivía sólo con su mujer, Lucía, que era tan encantadora como él. Sus hijos habían crecido y ellos vivían en aquella casa un poco destartada, cuyas puertas siempre estaban

abiertas. De hecho hacía sólo unas noches había entrado un ladrón. Y hablaban de aquella noche con apenas contenido entusiasmo, pues había pasado algo extremadamente gracioso. El ladrón confundido por la gran oscuridad de la noche se había colado en el cuarto donde estaban acostados, llegando a demorarse largo rato palpando los pies desnudos de Lucía, que mantenía por el calor fuera de las sábanas. Hasta que debió darse cuenta de lo que tocaba y salió de allí a toda velocidad. Ellos no se movieron, convencidos que si no le interrumpían en aquella labor terminaría por alejarse. Eso le había dicho a Orestes su instinto de colombófilo. Si a las palomas bastaba con no interferirlas en sus vuelos para que fueran capaces de recorrer miles de kilómetros sin la mínima vacilación, ¿por qué con un ladrón, y con el resto de las seres vivos, no habría de pasar lo mismo? De modo que no rechistaron, y el ladrón se fue por donde había venido, siguiendo las indescifrables llamadas de aquellas rutas magnetizadas. Pues bien, allí pasamos el verano. Nuestra hija estaba empezando a andar y nos tuvo todo el santo mes siguiendo por la playa sus pasos tambaleantes.



Recuerdo que por los altavoces de la estación se anunció nuestra salida inminente, y que el hombre abandonó el vagón sin ni siquiera despedirse de su madre, por el temor a no darle tiempo a bajar. Pero el tren no terminaba de arrancar y, una vez que se hubo acomodado en su asiento, la señora se quedó mirando a mi mujer. La niña estaba en sus brazos, y ella contemplaba la escena con una sonrisa de complacencia. Tan indiscreta en su goce, que incluso se vio en la obligación de justificarse. Y le dijo a mi mujer una cosa que nos conmovió: que al verla con la niña en los brazos, se había visto a sí misma cuando tenía su misma edad, y su hijo era también un bebé. Y enseguida añadió: Y no entiendo lo que ha pasado, porque yo ahora soy una vieja, y mi hijo es el que acaban de ver.

El tren seguía sin moverse y aquel pobre hombre permanecía en el andén abatido y absorto, como si

**Su torpeza, sus ojos ausentes
y su rostro inexpresivo hacían
pensar en una enfermedad
mental**

que en Aguilar de Campoo, el pueblo de las galletas, y una señora anciana entró en nuestro compartimento. Le acompañaba alguien que enseguida identificamos como su hijo. Un hombre entrado en años, de aspecto abatido y triste, que sólo con grandes dificultades logró poner la maleta de su madre en la redcecilla del compartimento. Su torpeza, sus ojos ausentes y su rostro inexpresivo hacían pensar en una enfermedad mental.

CON MANO **ajena**

se estuviera preguntando quién era él, y lo que hacía allí, esperando la marcha de aquellos extraños. La señora nos dijo que, en efecto, su hijo estaba enfermo. Había sido un niño normal hasta la adolescencia. Entonces pasó algo que le cambió para siempre. Escuchaba voces, se sentía perseguido y creía vivir en un mundo lleno de amenazas, siempre al borde de la destrucción. Se convirtió en un ser temeroso y huraño, que no había vuelto a tener ni un solo momento de paz. Todavía me pregunto, añadió, qué pudo pasar, y si fui yo quien hizo algo mal. El tren se puso por fin en marcha y en ese instante ella se volvió a su hijo que, desde el andén, la respondió levantando su mano mientras la sonreía con una expresión de amor como pocas veces he vuelto a ver en la vida.

Nos despedimos al llegar a nuestro destino. No tuve tiempo de volver a pensar en aquel encuentro pues la niña reclamaba sin descanso nuestra atención. Además, nos bastó con llegar a casa para que se pusiera a andar sin problemas. Era cosa de no creerlo. Habíamos estado todo el mes, tratando de que guardara el equilibrio, y al ponerla sobre la alfombra se puso a andar con la seguridad del que en toda su vida no ha hecho otra cosa, igual a esos pájaros que aletean informes en nuestras manos y que, al lanzarlos al aire, desaparecen veloces entre las ramas.

Unos días después, estábamos acostados en la cama cuando escuchamos en la oscuridad el sonido de la cajita de música. Nos quedamos paralizados, porque ¿quién podía haberla abierto para que sonara en la noche? La niña no, desde luego. Dormía en una cuna, en todo parecida a una jaula, y en ningún caso habría podido llegar a las estanterías donde estaba. Pensamos en un ladrón. Sólo que nosotros, al contrario que el padre de nuestra amiga, no podíamos dejarle seguir sus magnetizadas rutas nocturnas pues la niña

Nos decía que el mundo era un lugar lleno de peligros pero que, por todas partes, había señales que te permitían sortearlos si te andabas con ojo

estaba allí. De forma que me levanté, y armado de un paraguas, irrumpí bruscamente en el salón encendiendo la luz. Pero el salón estaba vacío, y la niña dormida. Enseguida me di cuenta de que la música no procedía de la cajita, sino de un juguete que llevaba meses estropeado, cuyo mecanismo se había soltado por su cuenta a esas horas intempestivas. Regresé aliviado a la cama y cuando se lo conté a mi mujer nos estuvimos riendo de aquella aventura tan tonta.

Pero mientras me dormía, no sé por qué, me acordé de aquel pobre hombre mirando a su madre desde el andén. Me acordé, sobre todo, de su torpe sonrisa, y de la forma tan sabia en que la señora se había comportado ante nosotros. Recordaba a uno de esos personajes mediadores que les dicen a los personajes de los cuentos lo que tienen que hacer. Sí, su mirada significaba eso mismo. Nos decía que el mundo era un lugar lleno de peligros pero que, por todas partes, había señales que te permitían sortearlos si te andabas con ojo. Bastaba con estar atento. Y me pareció que no se había subido a nuestro tren casualmente sino para decirnos que no importaba lo extraño que pudiera ser el amor. Era como aquella música. Sonaba en la noche para recordarnos lo simple que era: sólo guardar el sueño de una niña dormida.



Ciclo En Tierra de Nadie

CONVERSACIONES SOBRE CIENCIAS Y LETRAS

LA PERCEPCIÓN DE LO REAL

¿Existe la luna sólo cuando uno la mira o siempre está allí, suspendida en el cielo? ¿Lo que vemos, olemos, oímos o tocamos es la realidad o una elaboración personal de los que percibimos? ¿Qué es la realidad? Después de la física cuántica, el concepto de realidad ha cambiado, pero antes de estos presupuestos, filósofos y científicos ya intentaron delimitar de varias formas lo real. Hoy, sus fronteras siguen débilmente dibujadas.

Desde que se asumieron los presupuestos de la física cuántica la realidad ya no es lo que era. Este concepto, cuestionado desde el origen del pensamiento, dejó de ser únicamente lo observable, medible y previsible. El universo visto desde la física subatómica no tiene fronteras, ni podemos medir con exactitud cómo va a conducirse. Por eso, los físicos, después de los presupuestos cuánticos, han albergado muchas dudas sobre nuestro concepto de la realidad. Estas palabras de Alberto Galindo, Presidente de la Real Academia de Ciencias Físicas, sirvieron para introducir el debate sobre la percepción de lo real que se celebró dentro del ciclo *En tierra de nadie: conversaciones sobre Ciencias y Letras* - organizado de manera conjunta con la Residencia de Estudiantes-. “La

física cuántica cercenó la realidad y las certidumbres, derrumbó el determinismo y obligó a convivir en armonía lo discreto y lo continuo. Ocultó media realidad para dejar ver la otra mitad”.

Einstein, defensor de otra teoría revolucionaria, creía en una realidad objetiva, independiente de que la viéramos o no. Pero los físicos defensores de los cuantos afirmaban que ningún fenómeno elemental es hasta que es observado. Y es que el realismo de Einstein funciona en la vida diaria, pero deja de hacerlo en los fenómenos microscópicos. Sostiene Galindo que observando la naturaleza participamos en la construcción de la realidad, una realidad extraña en la que el todo es más que la suma de las partes, una realidad dominada por un azar, pero un azar con determinadas pautas, una realidad en la que ser o no ser ya no es la pregunta sino la respuesta.



De izquierda a derecha, Enrique Vila-Matas, Alberto Galindo y Enrique Baca

LA CONSTRUCCIÓN DE LA REALIDAD HUMANA

Enrique Baca, Catedrático de psiquiatría de la Universidad Autónoma de Madrid, se refirió a la construcción de la realidad humana como a la construcción de lo único real. La idea de que la percepción da cuenta de una realidad exterior ha sido muy repetida a lo largo de la historia del pensamiento y de la filosofía. El mito de la caverna de Platón es el primer cuestionamiento de que el mundo real sea el mundo que percibimos. En biología y física también se mantuvo por muy poco tiempo esta teoría: "resulta curioso que la ciencia positiva haya partido de una premisa muy ingenua y es que ha dado por hecho que la observación inmediata mediante determinados instrumentos nos daba una información exacta de lo que era la realidad y que, por tanto, lo real era lo que captábamos los seres humanos".

Pero lo cierto es que los seres humanos percibimos de determinada manera y construimos la realidad según esa percepción. El Dr. Baca parte de la premisa de que la realidad no es algo dado y pactado pasivamente sino que se trata de una construcción, por tanto, es una realidad compartida entre los miembros de una especie, más compartida entre los miembros de una cultura, más compartida entre los coetáneos y mucho más entre los integrantes de una familia o de un grupo de amigos. Es una realidad que se configura constantemente y supone la aparición de conceptos muy interesantes como la concepción del yo y de lo que no soy yo.

Cosas aparentemente banales de nuestra vida cotidiana como observar un paisaje, sentir el tacto suave y frío del mármol o escuchar música, suponen la puesta en marcha de numerosos circuitos neuronales que tienen que ver con lo que entra por nuestros sentidos. Nuestro cerebro interpreta la

información sensorial que viaja a través del sistema nervioso en forma de señales eléctricas idénticas para cualquier tipo de modalidad sensorial. Lo que hace distinta, por ejemplo, a una señal 'visual' de otra 'auditiva', es el camino que recorren y, por tanto, los centros nerviosos sobre los que terminan.

Afirma Baca que el cerebro es el actor principal en la percepción de la realidad y actúa como un todo en los procesos de percepción, pero este itinerario descrito es, en realidad, una explicación muy simplista. "Todos los sistemas sensoriales están pensados para obtener información, evaluarla y generar respuestas adaptativas para el individuo o para la especie. El hombre es el único ser que puede generar respuestas no adaptativas". Elaboramos la información que recibimos pero de una manera idiosincrásica en cada uno de nosotros; captamos la realidad más influidos por lo que somos que por lo que pasa en el resto de nuestro cerebro. Esto nos hace pensar que las bases sobre las que actuamos para conocer el mundo que llega a nosotros son muy débiles.

INTERPRETACIONES ERRÓNEAS

¿Qué ocurre cuándo este mecanismo no funciona bien? Aparecen las ilusiones (interpretamos mal los estímulos), las alucinaciones (cuando ni siquiera hay estímulos) y el delirio (una interpretación totalmente diferente de la realidad a la que percibe el resto de la gente). De hecho, muchos pensadores se han planteado si las creencias no son en realidad delirios pues se consideran erróneos por la mayoría y no soportan una argumentación lógica: "se distorsiona la realidad al pensar que uno es un enviado de Dios para salvar el mundo y la fuerza de esta distorsión acarrea, en muchos casos, conductas delictivas".

Pero lo curioso es que cuando una persona sufre una alucinación, las partes del cerebro encargadas de interpretar la información sensorial actúan igual que si estuvieran percibiendo algo real, pero el

EN TIERRA DE NADIE

tálamo, el encargado de la percepción interna, permanece inactivo porque no tiene que elaborar ningún elemento exterior. Este curioso funcionamiento de nuestro cerebro se ha observado gracias a las modernas técnicas

de imagen y ha abierto una brecha de desconfianza sobre lo que captan nuestro sentidos.

Si no es fácil definir lo real, ¿cómo se construye este concepto? Gracias a los experimentos genéticos sabemos que todo lo que experimentamos está modificando nuestro ARN mensajero; es decir, el ambiente modifica la expresión genética y, por tanto, la estructura de nuestro sistema nervioso, o lo que en filosofía se ha llamado el mundo del sujeto, de los valores, de lo que es bueno para mí y de lo que es malo en el sentido más amplio de la palabra. Como conclusión, la realidad de nuestro mundo es la que nos construimos a lo largo de toda nuestra vida, y está fundamentada en nuestros valores. La pregunta es muy sencilla y muy significativa. La hizo al Dr. Baca un amigo pintor en una tertulia sobre el realismo en el arte: “¿Quién es más real, mi abuela o Madame Bovary?”.

LA REALIDAD Y EL MISTERIO

El interlocutor encargado de dar voz al mundo de las letras fue, en esta ocasión, el escritor Enrique Vila Matas. Inició su conferencia con un relato, un instante donde expresó otras formas de ver la realidad: “estaba de visita en casa de mis padres, a principios de este octubre. Habíamos tenido en Barcelona una tarde plácida, pero de improviso había ido oscureciendo y en



**“Cuando una persona
sufre una alucinación, las
partes del cerebro encargadas de
interpretar la información sensorial
actúan igual que si estuvieran
percibiendo algo real”**

Enrique Baca Baldomero (1941)

Especialista en psiquiatría y neurobiología, ejerce como profesor en la Universidad Autónoma de Madrid y es jefe de servicio del Hospital Puerta de Hierro. Autor de muchos artículos científicos y libros, es presidente de la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental y codirector de Standing Comité on Ethics de la World Psychiatric Association (WPA).

pocos minutos se había desatado una tromba de agua acompañada de gran descarga eléctrica. Llevábamos ya un buen rato en plena tormenta cuando, tras uno de los más colosales truenos, mi padre murmuró que no lo entendía. ¿El qué? No sé cómo, pero me apropié de un lenguaje técnico y me puse a explicarle el origen de la formación de un trueno. No olvidaré fácilmente aquel momento, porque de pronto me pareció que mi lenguaje científico sonaba ridículo. Cuando hube terminado, mi padre sonrió y dijo que estaba perfectamente informado de la existencia de las nubes altocúmulos y demás, pero que no había querido exactamente hablar de eso. -Yo hablaba del misterio -dijo mi padre”.

**“La ciencia positiva ha partido de una
premisa muy ingenua y es que ha dado por
hecho que la observación inmediata
mediante determinados instrumentos nos
daba una información exacta de lo que era
la realidad”**

**“La realidad no es algo dado y pactado
pasivamente sino que se trata de una
construcción”**

Ese misterio de la realidad es lo que pretenden conocer la ciencia y la literatura. Vila-Matas se refirió a los tropismos "esas vibraciones imperceptibles que modifican las relaciones entre los seres humanos, pero sin que nosotros lo notemos, porque se extravían antes de que podamos captarla". Fue Nathalie Sarraute quien supo darles expresión literaria al situar todas esas derivas en la frontera misma entre lo que vemos y la vida de nuestra mente. En su cuestionamiento de la ciencias, se refirió a la posibilidad de que también éstas se encarguen de percibir lo real de forma subjetiva: "las matemáticas que los seres humanos hemos inventado (según algunas versiones) o descubierto (según otras) y de las que esperamos que sean una llave para acceder a la estructura del universo, muy bien podrían ser igualmente un lenguaje exclusivamente nuestro, un lenguaje privado con el que garabateamos en los muros de nuestra cueva o modesta universidad de la nada". Y entre los reproches que le haría a la ciencia, se plantea el despótico sofismo que afirma que no tiene sentido preguntar por el momento antes del *bing bang*. "¿Por qué no tiene sentido? ¿Quién decide que no lo tiene?"

En esa vieja dicotomía entre las letras y las ciencias, Vila Matas siempre quiso estar en los dos lados: "Detesto aquellos días del pasado en los que era obligatorio elegir entre uno de los dos linajes del saber. Recuerdo que me maravilló, hace unos años, la síntesis genial entre letras y ciencias que logró Salvador Dalí en su poético texto *Los átomos encantados*. Allí pude ver que no sólo hay cosas que se le escapan a la ciencia, sino que la ciencia puede llegar a ser muy poética, pero es incapaz de explicar mínimamente por qué el encanto de una antigua canción puede provocar que nos salten las lágrimas, por qué hay algo que es rojo y algo que es azul, por qué un estampido sucede a un rayo, por qué somos una luz entre dos eternidades."

Enrique Vila-Matas (1948)

Autor de novelas, cuentos, ensayos literarios y artículos, Vila-Matas ha obtenido numerosos premios por su obra, entre ellos el Ciudad de Barcelona, Herralde o el Nacional de la Crítica. Escritor de culto, su obra siempre ha recibido excelentes críticas.

Y es que, aunque se contesten a todas las preguntas posibles, lo insondable sigue sin respuesta. A pesar de que el escritor desee pensar que las cosas siempre han estado ahí al margen de cómo las vieran los otros.

"Las matemáticas que los seres humanos hemos inventado o descubierto y de las que esperamos que sean una llave para acceder a la estructura del universo, muy bien podrían ser igualmente un lenguaje exclusivamente nuestro"

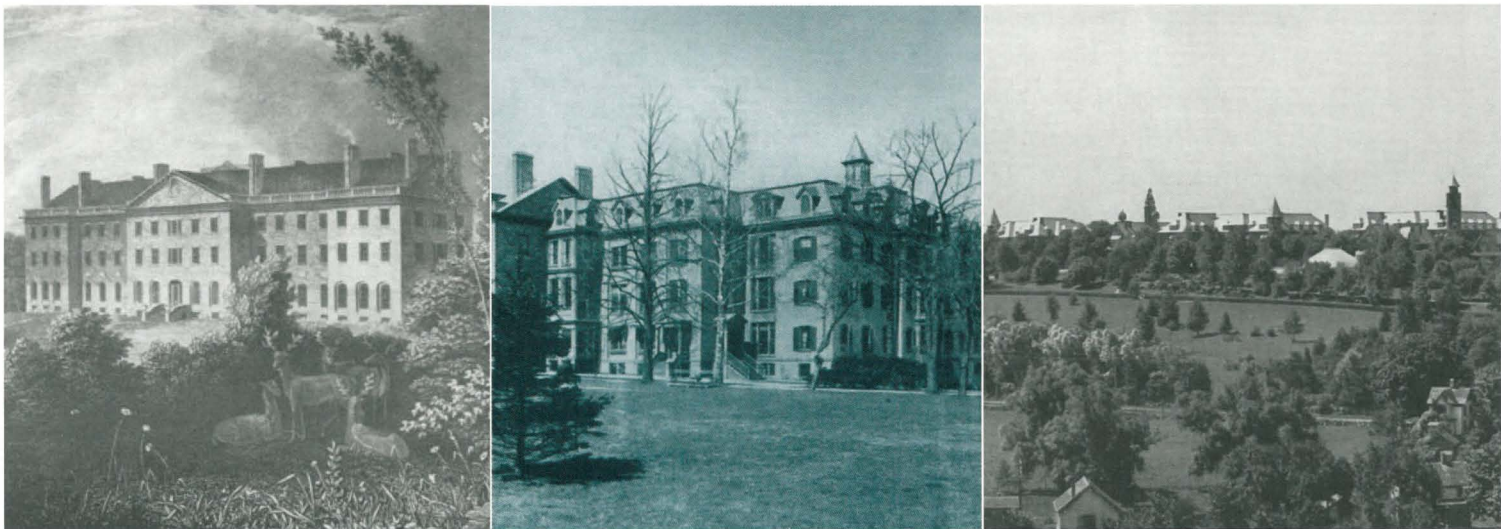
"Entendí que no solo hay cosas que se le escapan a la ciencia, sino que la ciencia puede llegar a ser muy poética"

"Aunque se contesten a todas las preguntas posibles, lo insondable sigue sin respuesta"



Salud mental y reforma psiquiátrica

Algunas reflexiones históricas



Rafael Huertas

Profesor de Investigación
Instituto de Historia. Centro de
Ciencias Humanas y Sociales (CSIC)

De izquierda a derecha, El Bloomingdale Asylum de Nueva York cuando se inauguró en 1821; en 1894, cuando se reemplazó por el Bloomingdale Hospital; y el hospital en 1921



Pacientes y médicos son los dos elementos fundamentales en la evolución de la salud mental. Los primeros, como Clifford W. Beers, describen sus vivencias en las instituciones mentales con el fin de mejorar la situación de los “locos”. Los segundos, lideran las transformaciones asistenciales y avanzan en el término “higiene mental”. De la “higiene mental” se evoluciona hasta la salud pública mental, basada en la prevención, rehabilitación, tratamiento y el cuidado de los pacientes.

El concepto de “salud mental” puede considerarse, al menos, desde dos puntos de vista. En un sentido amplio, la noción de salud mental puede referirse a un estado de bienestar emocional y psicológico, en el cual el individuo es capaz de utilizar sus capacidades cognitivas, afectivas y volitivas, de funcionar en sociedad y de resolver las demandas ordinarias de la vida diaria. Dicho de otro modo, “tener” salud mental no equivale solo a “no tener” un trastorno mental; la ausencia de un desorden mental reconocible y etiquetado no es, necesariamente, un indicador de salud mental.

Salud mental y reforma psiquiátrica

Ahora bien, desde el punto de vista profesional y disciplinar, el concepto de "salud mental" implica un cambio importante en la práctica psiquiátrica y en los diseños asistenciales, pues su objetivo no será exclusivamente terapéutico (hacia el paciente mental), sino también profiláctico (hacia la población en su conjunto).

En los años centrales del siglo XX se producen importantes novedades en la atención a los pacientes mentales. A una renovada crítica manicomial y a la defensa de los derechos humanos de los pacientes, se añaden elementos terapéuticos nuevos que favorecen la búsqueda de otros modelos de atención. Así, a la irrupción en los años cincuenta de la clorpromazina o de las terapias conductuales, habría que añadir la aplicación del método epidemiológico a los trastornos mentales (con el establecimiento de tasas de prevalencia, factores de riesgo, etc.) que, como es lógico, reavivó el debate sobre la etiología social de la "locura". Ya a finales de la década de los cincuenta y comienzos de los sesenta tienen lugar iniciativas legislativas, como la *Mental Act* en el Reino Unido (1959); la *Circulaire du Secteur* en Francia (1960) o la *Community Mental Health Centres Act* en Estados Unidos (1963), que sancionan el establecimiento de un nuevo modelo de atención denominado de "salud mental comunitaria" y que, pese a sus contradicciones y a sus dificultades para ponerlo en marcha, pretende superar la asistencia manicomial como eje de la asistencia psiquiátrica.

La higiene mental como antecedente

El movimiento pro-higiene mental, que se desarrolló durante el primer tercio del siglo XX en Europa y América, puede considerarse, sin duda, como el antecedente histórico más inmediato del mencionado modelo de "salud mental". Clásicamente, vienen considerándose dos focos en el nacimiento y desarrollo de la higiene mental en el mundo: por un lado, el que partiendo de la obra y los esfuerzos de Clifford W. Beers tuvo lugar en Estados Unidos a comienzos del siglo XX, con la creación de las primeras

sociedades de higiene mental; y, por otro, el que encabezado por Edouard Toulouse en Francia dio lugar no sólo a la fundación de la Liga de Higiene Mental francesa, sino al inicio de reformas asistenciales, como los servicios de "puertas abiertas" (inspirados en el open door escocés). Merece la pena destacar que en el origen de este movimiento pro-higiene mental desempeñaron un papel primordial algunos pacientes que fueron

capaces de dar a conocer sus propias experiencias y poner en evidencia la necesidad de reformas asistenciales profundas. Así, el ya citado Clifford W. Beers, tras estar ingresado en una institución psiquiátrica, escribió y publicó sus propias vivencias, tanto en relación

con su dolencia mental como con el dispositivo asistencial al que estuvo sometido, convirtiéndose en uno de los principales promotores del movimiento de higiene mental norteamericano; su colaboración con Adolf Meyer en la primera década del siglo XX ha sido destacada por diversos autores. Con anterioridad, John Percival (hijo del primer ministro británico), protagonizó una experiencia similar, al narrar sus experiencias como enfermo psiquiátrico e intentar que los locos fueran "mejor comprendidos" tanto dentro como fuera de las instituciones, lo que le llevó a desarrollar una intensa actividad en la Sociedad de Amigos de los Supuestos Locos.

La versión francesa de la higiene mental fue, sin embargo, más tecnocrático-profesional, siendo los psiquiatras -y no los "pacientes-reformadores"- los

**La ausencia de un
desorden mental
reconocible y etiquetado
no es, necesariamente, un
indicador de salud mental**

En el origen del movimiento pro-higiene mental desempeñaron un papel primordial algunos pacientes que dieron a conocer sus experiencias

que lideraron las transformaciones asistenciales. En cualquier caso, los objetivos globales del movimiento pro-higiene mental fueron formulados por Henry B. Favill en 1909, y consistieron en, "ante todo organizar la asistencia postmanicomial del enfermo mental, después educar al pueblo sobre lo que es la enfermedad y el enfermo mental y finalmente atacar el problema legislativo para modificar y orientar científicamente su asistencia".

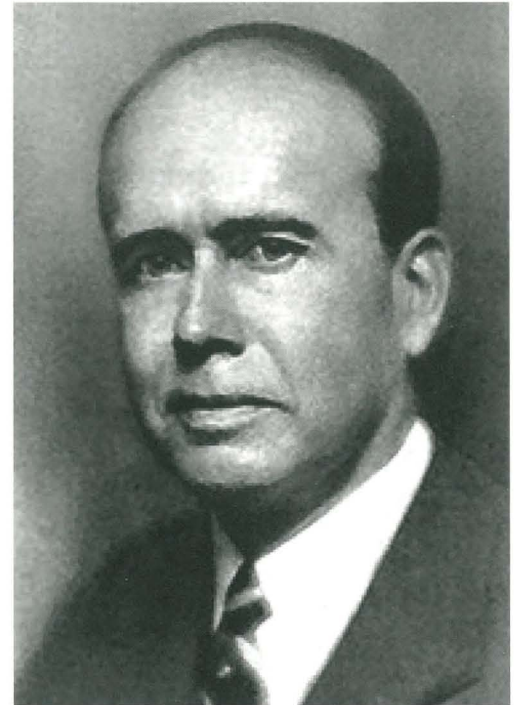
El movimiento se fue extendiendo con la creación de Ligas de Higiene Mental en muy diversos países. En España, por ejemplo, la Liga se fundó en 1927 con el objetivo de "estudiar y proponer la adopción de medidas sanitarias que tiendan a conseguir la profilaxis de la locura, que mejoren la asistencia médica y social del psicópata y del alienado y que condensen las reglas más indispensables de la higiene mental individual". Hasta 1930, la Liga desarrolló sus actividades en el seno de la Asociación Española de Neuropsiquiatría y, entre 1927 y 1935, organizó sistemáticamente reuniones y semanas de higiene mental, destinadas a la divulgación de los problemas psiquiátricos, con el objeto de popularizar los conceptos y, sobre todo, la necesidad de una reforma asistencial.

El intento de reforma psiquiátrica que se llevó a cabo durante la Segunda República española se basó y tuvo muy en cuenta los principios doctrinales de la higiene mental.

Las elaboraciones de los años veinte y treinta sobre cómo debía orientarse la profilaxis mental son abundantes y a veces muy prolijas. Básicamente, se centran en cuatro puntos fundamentales:

- 1) La lucha contra la herencia morbosa y, consecuentemente, la aplicación de medidas eugenésicas que impidieran la perpetuación de las patologías mentales hereditarias.
- 2) Cuando esta prevención primaria no era factible, se hacía necesario diagnosticar la predisposición de la enfermedad, mediante el diagnóstico precoz. Según los teóricos de la higiene mental, la

El intento de reforma psiquiátrica que se llevó a cabo durante la Segunda República española se basó en los principios doctrinales de la higiene mental



Clifford W. Beers (1876 - 1943)

búsqueda de estigmas físicos y morales, así como las técnicas de diagnóstico basadas en investigaciones y reacciones psicológicas,

debían ser llevadas a cabo mediante la penetración de los técnicos en el medio social. Dicho de otro modo, lo que se proponía era una tipo de actuación psiquiátrica que dejaría de responder exclusivamente "a la demanda" del paciente, de sus familiares o del aparato policial o

judicial, para, tal y como se expresaba en la época: "atacar al lobo en su misma guarida e inclinar hacia la consulta médica las individualidades morbosas, sin esperar su acto de presencia, para asegurar posteriormente en cada caso la aplicación de medidas profilácticas".

Salud mental y reforma psiquiátrica

- 3) Si las medidas de detección y actuación sobre el “predispuesto” fallaban y la enfermedad hacía su aparición, se imponía el tratamiento adecuado y precoz en las instituciones pertinentes.
- 4) Una vez dado de alta el paciente, el elemento fundamental de la profilaxis mental era la readaptación social del convaleciente.



Portada del Mental Hygiene Bulletin en el que se anuncia el Primer Congreso mundial de Higiene Mental, celebrado en Washington, los días 5 a 10 de mayo de 1930.

Este nuevo modelo de actuación precisaba, como es lógico, de una red de establecimientos que permitieran cumplir los mencionados objetivos. Así, junto a la obligada reorganización de los servicios hospitalarios “cerrados”, se imponía la necesidad de crear nuevos dispositivos asistenciales dirigidos a la profilaxis de la prevención de los trastornos mentales, a saber: los servicios “libres” (o de puertas abiertas), los dispensarios psiquiátricos y los servicios sociales de asistencia. De este modo la atención psiquiátrica acabó incluyéndose, de la mano de la higiene mental, en las llamadas “luchas sanitarias”. Aunque con menos protagonismo que la lucha antituberculosa, antivenérea o contra la mortalidad infantil, lo cierto es que los dispensarios de higiene mental reprodujeron, en buena medida, el modo de funcionamiento de los dispensarios antituberculosos. Su objetivo fundamental debía ser “organizar la profilaxis y la asistencia extramural de las afecciones psíquicas, para lo cual debía crear o incrementar un ambiente de comprensión y de interés hacia estas cuestiones, procurando la elevación de la cultura psiquiátrica, elaborando una correcta estadística, actuando, con sus consejos, en la familia, la escuela, el taller; contribuyendo a la lucha contra los tóxicos y la sífilis; postulando la mejora de las condiciones higiénicas de trabajo; iniciando el consejo prematrimonial y realizando, en fin, una intensa labor clínica para el diagnóstico y tratamiento precoces de los procesos psíquicos, a cuyo objeto aconsejará internamientos oportunos y los facilitará, con su intervención y relaciones, en los centros hospitalarios”.

El modelo de salud mental

No creo que pueda negarse que muchos de los principios contenidos en el movimiento de higiene mental aparecen, de un modo u otro, en los más modernos planteamientos de salud mental. Los

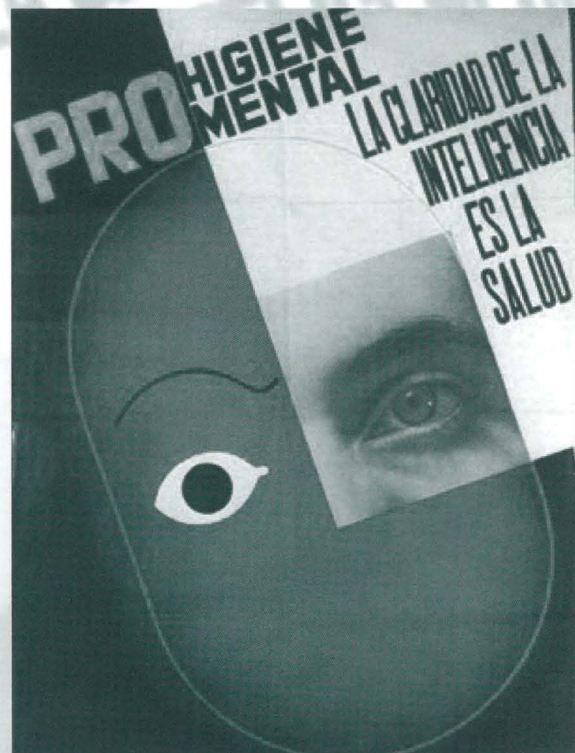
tiempos han cambiado, pero la incorporación y modos de hacer de la salud pública a la psiquiatría perdura; así, por ejemplo, tal como afirma el Ministère de la Santé Publique al referirse a la política de sector en la psiquiatría francesa: "El espíritu del sector es precisamente no responder a la demanda tal como es formulada; es decir, generalmente como una demanda de exclusión, de tratamiento a imponer, de tutela; sino de tratar esta demanda interviniendo tanto en el entorno como en el sujeto mismo". Se inicia así un modelo de atención en salud mental que trasciende la

Tanto los psicofármacos como las psicoterapias conductuales o las dinámicas aportaron nuevas posibilidades de tratamiento ambulatorio

asistencia centrada en el sujeto enfermo -portador individual de patología- para proyectarse en la comunidad tratando de producir cambios positivos en las instituciones: colegios, centros de trabajo,

tejido social en general, a fin de modificar los factores predisponentes de la enfermedad y posibilitar más bienestar o, al menos, la información necesaria para ello.

No cabe duda que, aunque con un lenguaje algo diferente, pueden identificarse elementos comunes y repetidos desde la vieja higiene mental hasta la llamada salud mental comunitaria. Elementos comunes, si, pero también aspectos muy distintos. Entre otros, cabe destacar las importantes novedades en el arsenal terapéutico de la psiquiatría a partir de los años cincuenta, impensables en el primer tercio del siglo. Tanto los psicofármacos (la clorpromazina y otros neurolépticos), como las psicoterapias conductuales o las dinámicas aportaron nuevas posibilidades de tratamiento ambulatorio. Sin embargo, tal vez lo que caracteriza el verdadero giro de la atención psiquiátrica en clave de salud mental, es el concepto de tratamiento pleno, lo que quiere decir, tal como se explicaba en los años sesenta, que: "la puesta en marcha sistemática de todos los medios susceptibles de influir favorablemente en el curso de la enfermedad con el fin de obtener la óptica readaptación social. El factor de cohesión, el elemento estructurante de este planteamiento no es el tratamiento medicamentoso, sino la relación cuidador-cuidado. La continuidad de esta relación es la regla de eficacia (...) El principio de continuidad coloca en primer plano el carácter personal de la relación independientemente de la hospitalización. Antes, durante y después, o sin



Cartel de propaganda del movimiento pro-higiene mental español en tiempos de la segunda República.

hospitalización, el enfermo se mantiene sobre todo en función de lo que se convendrá en llamar el "sostén psicoterapéutico". No es difícil identificar o, al menos, relacionar estos asertos con el concepto actual de continuidad de cuidados y el trabajo en red de salud mental.

Algunos problemas surgen, sin embargo, de las propias características del modelo de atención. Desde una perspectiva histórica es importante constatar la modificación del tipo de población a la que los equipos de salud mental deben atender, tanto en lo que se refiere al paulatino cambio de los cuadros clínicos (con la disminución de las psicosis graves -la más típica patología manicomial-) y la

aparición de desarreglos mentales (mal llamados “menores”) diagnosticados en los centros de salud mental. La importancia del “lugar de observación” es capital en este cambio de etiquetado diagnóstico. En suma, no sólo cambia el lugar donde se trata la “locura”, sino el material humano sobre el que el profesional actúa. Otros problemas no resueltos, como el generado por el proceso de desinstitucionalización, tienen que ver con el escaso desarrollo de unos servicios sociales que se hagan cargo de los sujetos que salen del manicomio y no tienen red social ni familiar que les acoja.

En resumen, podemos decir que tras la Segunda Guerra Mundial, las políticas de bienestar, encaminadas a incrementar la participación del Estado en la financiación, administración y gestión de los servicios públicos, tuvieron su traducción en el campo de la medicina mental con el planteamiento de un nuevo modelo de atención psiquiátrica que pretendió superar el hospitalocentrismo manicomial. Incorporando principios de salud pública, se propuso centrar el eje de la atención en un dispositivo extrahospitalario que permitiera no sólo el desarrollo de aspectos de promoción, prevención y rehabilitación, sino también, gracias a unos teóricos servicios

Junto a la reorganización de los servicios hospitalarios “cerrados”, se imponía la necesidad de crear nuevos dispositivos asistenciales dirigidos a la prevención de los trastornos mentales

comunitarios de apoyo, el tratamiento y el cuidado de los pacientes fuera de la institución. Tampoco puede olvidarse que el auge alcanzado en los años sesenta por las corrientes sociales en psiquiatría permitió profundizar en las causas sociales de los trastornos mentales, propiciando una renovada denuncia de la masificación y deterioro de los manicomios. Eran años de contestación social y de cuestionamiento de las instituciones, de movimientos críticos, como la antipsiquiatría o la psiquiatría democrática italiana, de las “luchas psiquiátricas” del tardofranquismo, etc.

Años más tarde, en el Estado de la crisis y con una innegable desmovilización social, así como con una psiquiatría que va por variados, y a veces confusos, derroteros teóricos, lo que en su día fue un modelo alternativo de atención psiquiátrica se enfrenta hoy a dificultades y contradicciones (siempre las tuvo) directamente relacionadas con las políticas económicas, pero también con las nuevas problemáticas sociales y culturales surgidas en el tránsito del siglo XX al XXI.

Bibliografía

- Campos, R. “Higiene mental y peligrosidad social en España (1920-1936)”. *Asclepio*: 49 (1), 39-59, 1997.
- Dain, N. *Clifford W. Beers: advocate for the insane*. Pittsburgh, University of Pittsburgh Press, 1980.
- Huertas, R. “Del manicomio a la salud mental. Para una historia de la psiquiatría pública”, Madrid, Fondo de Investigaciones Sanitarias, 1992.
- Huertas, R. “El papel de la higiene mental en los primeros intentos de transformación de la asistencia psiquiátrica en España”. *Dynamis*, 15: 193-210, 1995.
- Huertas, R. “Mental Health and psychiatric care in the Second Spanish Republic”. *History of Psychiatry*, 9: 51-64, 1998.
- Huteau, M. (2002) *Psychologie, Psychiatrie et société sous la troisième République. La biocratie d'Édouard Toulouse (1865-1947)*. Paris, L'Harmattan, 2002.
- Simonnot, A.L. *Hygiénisme et eugénisme au XXe siècle à travers la psychiatrie française*. Paris, Seli Arslan, 1999.
- Thomson, M., *The Problem of Mental Deficiency: Eugenics, Democracy and Social Policy in Britain, 1870-1959*, Oxford: Oxford University Press, 1998.

DEL PASADO **al presente**

Locos, enfermos y marginados



El interior de Bedlam, por William Hogarth, 1763. McCormick Library, Northwestern University

José Luis Peset

Instituto de Historia. Centro de Ciencias
Humanas y Sociales (CSIC)



Locos, enfermos y marginados. Durante siglos se ha tratado a los locos como criminales a los que se tenía que recluir y apartar de la sociedad. Se creía que los enfermos mentales son consecuencia de una alteración o un error de la naturaleza y es así hasta la aparición del médico Philippe Pinel, quien libera de cadenas a los enfermos psiquiátricos desde su puesto en la dirección de los grandes hospitales creados por Luis XIV. Años más tarde, siglos en algunos casos, la asistencia a los enfermos psiquiátricos irá evolucionando hasta lo que conocemos hoy día.

La enfermedad sagrada

La enfermedad mental se ha considerado siempre como algo aparte, tanto en la opinión popular como en la sabia. Así la epilepsia era considerada en la Grecia clásica como una enfermedad sagrada, que estaba producida por los dioses. Esta tradición supone que grandes hombres, desde Alejandro a Napoleón, pudieran estar afectados por este mal. Sin embargo, en la cristiandad se pensó de forma diversa, pues se supuso que era acción del diablo, algo a evitar entre sus fieles y, sobre todo, sus ministros. Esta condena llega casi a nuestros días, pues en el periodo positivista -entre fines del siglo XIX y principios del XX- se la considera como origen de todos los males.

Así se ve en el pensamiento de Cesare Lombroso, quien había concebido la teoría del "criminal nato", es decir que los delincuentes y asesinos nacen y no se hacen. Dependerían sus comportamientos de sus condiciones biológicas, tanto en su ética como en su conducta. En una primera etapa de su larguísima carrera quiere explicar estas anomalías desde dos diversas teorías: la degeneracionista y el evolucionismo. Para el italiano había dos formas de caer en la marginación, la enfermedad y el atavismo. Una de ellas venía de las teorías meridionales de la escuela degeneracionista, que suponía que el hombre creado en perfección, por una mala subsistencia, unos malos hábitos y, sobre todo, una falta de bondad, podía degenerar dando lugar a una estirpe con anomalías en el cuerpo y en el alma.

Las teorías venían del viejo mito cristiano del "ángel caído", o de las recientes teorías antropológicas y racistas que inundan Europa y América

La otra orientación, procedente del evolucionismo del norte, suponía que no todos los individuos, grupos o naciones habían podido mejorar, evolucionar. Quedarían hombres primitivos, viejas bestias cavernarias, que mantendrían la maldad en sus corazones. También habría, desde luego, grupos sociales, razas o naciones inferiores, que debían supeditarse a los superiores. Las dos teorías venían del viejo mito cristiano del "ángel caído", o de las recientes teorías antropológicas y racistas que inundan Europa y América entre mediados del siglo XIX y mitad del XX. En ambos casos, se consideraba a estos delincuentes -casi siempre marginados, pobres y enfermos- como una "casta" distinta, que debía ser eliminada por la prisión, la muerte o la prohibición de matrimonios entre ellos. En este terreno, Francis Galton insistirá mucho más, a través de la eugenesia, como ha mostrado Raquel Álvarez.

Pues bien, estas ideas lombrosianas eran difíciles de mostrar, pues no se encontraba ni al ángel ni al salvaje. Se produce así la aparición de la obra de Maudsley, quien atribuye a la epilepsia muchos crímenes y delitos. Ahora Lombroso renovará en este autor la vieja "enfermedad sagrada" como "enfermedad diabólica", que sería la causa en males, delitos y marginaciones. Ya se podía pensar en una casta distinta de personas diferentes, enfermas, con algunos hallazgos en la autopsia. De forma

paralela un pensamiento racista en los dos continentes se esfuerza en mostrar la maldad y las anomalías de ciertas razas o ciertos pueblos. Eran teorías muy importantes para llevar adelante terribles campañas y guerras de colonización o de exterminio. Desde luego a los enfermos mentales llegaron estas terribles amenazas, con tratamientos y reclusiones crueles, llegando a su esterilización, prácticas terribles o muerte por hambre, abandono o eliminación. También en España los enfermos mentales sufrieron estas acusaciones en la posguerra, en las que se unía la condena religiosa, moral, política y médica.

La revolución de Philippe Pinel

Uno de los mitos más notables de la historia de la medicina es el que representa al médico Philippe Pinel quitando las cadenas a los enfermos psiquiátricos desde su puesto en la dirección de los grandes hospitales creados por Luis XIV. En efecto, con el rey sol comienza una nueva época después de muchos siglos en los que el enfermo mental era considerado un endemoniado, en esa tradición clásica de enfermedades sagradas o diabólicas, que ya los hipocráticos discutieron. Las dimensiones enormes de París, que atraía por su riqueza, su trabajo y obras, las iglesias y las limosnas de clérigos y pudientes, hacía que la población menesterosa de las grandes ciudades fuera enorme. Suponía, por tanto, un problema para la propiedad, el orden público, la paz social y la salud urbana. Se decide entonces la creación de grandes hospitales, imitados en toda Europa, en los que se encierra todo tipo de personas molestas.

Había ladrones, criminales, prostitutas, madres solteras e hijos sin padres... y también, desde luego, locos. Enfermos mentales que ahora son tratados como delincuentes, sometiéndolos a medidas carcelarias.

Pinel actúa sobre esos hospitales, considerando que los enfermos mentales son precisamente eso, enfermos de la mente

Medidas que además se endurecen, como por ejemplo son las pequeñas habitaciones que se construyen en estos hospitales. Entre ellos, un ejemplo muy característico es el que José I hace construir en el

magnífico hospital general de Viena. Allí, donde han ejercido los grandes médicos austriacos, adonde llegaron los discípulos de Boerhaave para introducir la ciencia moderna, también estaban estos pobres desgraciados. Para ellos se construye la llamada "torre de los locos", una edificación que encerraba a estos enfermos en pequeñas habitaciones con guardias, piedras, maderas y hierros. Se piensa que es herencia de la costumbre de encerrar a los prisioneros en las torres y también de suponer que los enfermos mentales son personajes delincuentes y molestos.

Pinel actúa sobre esos hospitales considerando que los enfermos mentales son precisamente eso, enfermos de la mente. Está influido por los clásicos, por el neohipocratismo ilustrado; también por los vitalistas, que gustan de estudiar los fenómenos vitales como el pensamiento. También por los revolucionarios, que han predicado la libertad, la igualdad y la fraternidad. Son por tanto, se nos dice ahora, sujetos de estudio, tratamiento y curación. Sigue algunas ideas ya formuladas por médicos como Daquin y prácticas ejecutadas por cuidadores como Poussin. Alivia la vida de los enfermos, los contempla y estudia, describiendo sus enfermedades. Éstas son para los clásicos y los vitalistas, intentos de la naturaleza o de las fuerzas vitales por recuperar su curso alterado, por tanto pueden ser descritas, clasificadas y curadas. Se busca averiguar en qué se ha equivocado la naturaleza y en qué puede ser rectificada o reforzada. Sus estadísticas muestran la posibilidad de curación. Influido por el tratado psiquiátrico de Chrichton y por Cabanis, piensa en la relación de la mente con el cerebro, por su organización y mecanismo. Mostrará algunos cráneos patológicos y pensará en el interés de las autopsias. Procedimiento éste de comprobar o averiguar la enfermedad que el

pensamiento anatomoclínico había introducido, que él mismo como profesor de patología conocía bien. Maisonneuve lo introducirá en la epilepsia, Esquirol y Bayle en otras patologías. La clasificación de las enfermedades y las teorías de Pinel son consolidadas por su discípulo Esquirol. Construye el manicomio de Charenton que se convierte en el modelo imitado en todas partes, así en Madrid.

Cronicidad y Nihilismo terapéutico

Ha insistido Pedro Laín Entralgo en la dejadez que muchos clínicos, incluso grandes médicos, tuvieron en el recetar al mediar el siglo XIX. Se decía que los pobres que acudían al Hospital General de Viena tenían la fortuna de ser diagnosticados y autopsiados por los mejores galenos del mundo, que poco se preocupaban por el tratamiento. En efecto, en esta época surge una gran desconfianza ante la farmacia heredada, pues su arsenal no era apenas útil. Era muy raro poseer un medicamento que fuera a la vez eficaz y específico, tal como desde Sydenham se pretendía. De todas formas, a lo largo del siglo -entre el hipnotismo y el psicoanálisis- empiezan a surgir terapias de gran valor para la medicina mental. También el cuidado de la dieta, la adaptación o la laborterapia serán eficaces en este terreno. Poco después, el descubrimiento de productos eficaces contra la sífilis será de primera importancia, dada la frecuencia de cuadros neurológicos y mentales que esta enfermedad producía. Los hospitales estaban llenos de enfermos de esta índole.

En el campo psiquiátrico, la liberación de las cadenas y el optimismo pineliano, no se acompañó de grandes entusiasmos terapéuticos. Más bien, al

TRAITÉ MÉDICO-PHILOSOPHIQUE SUR L'ALIÉNATION MENTALE, OU LA MANIE,

PAR PH. PINEL,

Professeur de l'École de Médecine de Paris,
Médecin en chef de l'Hospice National des
femmes, ci-devant la Salpêtrière, et Membre
de plusieurs Sociétés savantes.

Avec Figures représentant des formes de crâne ou des
portraits d'Aliénés.

A P A R I S,

CHEZ RICHARD, CAILLE ET RAVIER,
Libraires, rue Haute-Feuille, N°. 11,

A N I X.

Detalle del Tratado Médico-Filosófico de Ph. Pinel

avanzar el siglo se cayó en ese nihilismo, que en el terreno del diagnóstico se acompañó con una terrible palabra, la cronicidad. Así era frecuente - como antes de Pinel- encontrar en los hospitales, enfermos con décadas de internamiento y dados por crónicos. Lanteri-Laura nos describió en un magnífico artículo este proceso en la medicina psiquiátrica francesa. Si bien insistiendo, como he querido matizar en varias ocasiones, que este miedo a la prolongación de la enfermedad, así como algunas explicaciones causales semejantes se encuentran en Pinel y Esquirol, las opiniones de ese trabajo de un gran historiador de la psiquiatría, siguen siendo válidas. Hace hincapié en la prioridad que se concedió a combatir el peligro social, así como a su prevención. Desde Italia la escuela de Lombroso apoyó de forma eficaz. Habría pues que añadir la cercanía de la psiquiatría a otros terrenos, así la neurología y la medicina legal. El método anatomoclínico que introdujeron los médicos y, sobre todo, los cirujanos, llevó a buscar las causas de enfermedad en los cadáveres. Así, en terribles enfermedades como la parálisis general progresiva, las lesiones del sistema nervioso eran importantes. También la medicina legal puso énfasis en estos hallazgos anatómicos; su papel en el desarrollo de la psiquiatría como saber y profesión fue bien determinado por un grupo de investigadores reunido en torno a Michel Foucault. Las series de televisión actuales muestran bien la importancia de los hallazgos cadavéricos.

Muestra Lanteri-Laura esta evolución a la cronicidad apoyada en tres vías principales: la elaboración de la idea de delirio crónico, la teoría de la degeneración y la noción de demencia. La

idea de delirio crónico procede de las críticas al concepto de monomanía de Esquirol. Para este autor las enfermedades mentales se clasificaban por las ideas fijas que presentaban; ahora se quiere insistir más en su evolución, tal vez retomando esa idea hipocrática presente en Pinel del papel de la naturaleza. La diacronía domina la temática del desvarío, se conocen las fases del delirio, pudiendo avanzar y predecir su evolución. Esto lleva a la idea de la cronicidad irreversible del delirio, que desde luego los manicomios esquirolianos permitían observar. Más o menos las fases eran de inquietud, persecución, grandeza y quizá un debilitamiento mental final. Esas etapas, su ordenación y necesidad son lo que hace valorar la cronicidad de estas enfermedades. El positivismo se apodera de la medicina, que ahora es capaz de vaticinar. La anatomía patológica y la medicina legal apoyan dichas conclusiones.

La teoría de la degeneración, como vimos, condenaba al enfermo a la cronicidad, no tan solo individual, sino también hereditaria. Se encontraban familias de degenerados que acumulaban las taras que el medio, la mala vida, la mala conducta o la enfermedad producían. Las familias de enfermos pasan a ser un tema médico, pero también literario. El miedo a la degeneración es uno de los malestares de fin de siglo que la novelística de Emilio Zola convirtió en genial panorama literario, tal como Rafael Huertas estudió. Si la comedia humana de Balzac mostraba una sociedad en movimiento, en un desarrollo en que nuevos personajes y grupos podían conseguir el ascenso, ahora la zoliana presentaba una sociedad atemorizada y petrificada por los peligros sociales, económicos y políticos. Desde luego, el gran Napoleón no era el mismo que el pequeño Luis Napoleón.

La demencia era una de las más importantes entradas en las clasificaciones tradicionales, así en la de Pinel. Si bien, nos dice Lanteri-Laura, la demencia suponía un cuadro morbozo específico, tenía una amplia potencialidad lingüística heredada desde antiguo. Hay una doble significación, por un lado las alteraciones mentales que acompañan a la edad senil, con claros testimonios procedentes de la mesa de autopsias.

Pero puede seguir significando casi cualquier enfermedad mental, ese popular decir "¡está demente!". Si técnicamente debía ya ser empleada para una concreta enfermedad, astutamente viene a designar cualquier enfermedad mental, reforzando de forma indeleble la terrible e incurable

cronicidad. La imposibilidad de curación, la definitiva cronicidad y los evidentes hallazgos en el cadáver se complementan

para eliminar cualquier esperanza de futuro para el enfermo mental, el pobre desdichado que ingresaba en el infierno manicomial, más terrible que el dantesco. El estricto somaticismo era una incompleta explicación, condena definitiva a la cronicidad y el abandono.

Manicomio y sociedad

Precisamente es el hospital modelo que Esquirol plantea para los enfermos mentales un elemento esencial para esta historia. Propuestos por la psiquiatría de tiempos de Luis Felipe, son construidos al llegar Luis Napoleón. Eran edificios de reclusión en que el alienista recrea el cuadro mental y social de la patología psiquiátrica. Las distintas

La teoría de la degeneración condenaba al enfermo a la cronicidad, no tan solo individual, sino también hereditaria

Locos, enfermos y marginados

T R A I T É

MÉDICO-PHILOSOPHIQUE

estancias se dedican a las diversas formas de padecer, a las diferentes enfermedades. También había espacios según la evolución, es decir la mayor a menor peligrosidad, la curación más o menos avanzada. Había espacios para hombres y mujeres y, con el tiempo, también se habilitan estancias para pacientes pudientes, que pagasen su alojamiento, manutención y tratamiento. Seguían siendo recintos en que el aislamiento y la vigilancia eran esenciales. Si el panóptico era el diseño arquitectónico deseado, muchas veces se seguirá el modelo de hospital de pabellones, sin duda mucho más conveniente para el asilado.

Desde luego, algunos procesos sociales explicaban estas novedades, o dichas permanencias. El aumento de la población, en especial en las grandes ciudades, hacía necesarias estas instituciones. La compleja sociedad es vista como un peligro, en especial tras las revoluciones ochocentistas, como las de 1848 y la Comuna. Este aumento de la población sin duda incrementaba el número de enfermos. Datos que también se debían a la mejora -en cantidad y calidad- de la profesión psiquiátrica, que tras

Esquirol clamaba por el aumento de la patología mental producido por las conmociones sociales. Pi i Molist recogerá en España estas ideas. El manicomio servía como lugar de estudio, posibilitando las enseñanzas de Hipócrates, que Pinel había llevado a la clínica psiquiátrica. Casos graves, casos crónicos, casos peligrosos se encontraban tras esos muros que, desde luego, pocas veces aliviaban. Todo esto traducía, desde luego, los problemas sociales de la época. Una población proletarizada, ocupada en las grandes obras de las enormes ciudades como París o Londres, era carne de cañón para estos peligros. Habitación y trabajo insalubres, se acompañaban de aumento de algunos riesgos, tales como el alcoholismo, estudiado para España por Ricardo Campos. También otras enfermedades como la tuberculosis o las venéreas hicieron estragos en esta población.

La enfermedad venía desde luego de una consideración de la peligrosidad de la vida humana, trasunto de la temida civilización. Las causas eran morales, pasiones, tensiones, estrés diríamos hoy todavía. Desde luego, el

pensamiento de Jean-Jacques Rousseau está detrás, difundido a través de otro suizo Tissot. Se pensaba en una vida primitiva, agrícola, arcáica en que el hombre se identificaba con la naturaleza. Seguía su vida el orden del sol, de la producción del campo, de las buenas costumbres. La civilización, encuadrada en la ciudad, opuesta al campo, había destrozado este orden. Ya ni las horas eran las del sol, sino las de los ayuntamientos o estaciones. Alimentación, costumbres, entusiasmos del alma se trastornaban, alterando la que los clásicos llamaban dieta y que consideraban encuadrada en las "sex res non naturales".

El manicomio servía como lugar de estudio, posibilitando las enseñanzas de Hipócrates, que Pinel había llevado a la clínica psiquiátrica

La escuela lombrosiana terminará con esta doble valoración, al comenzar el enfrentamiento entre un norte italiano unificador, moderno, industrial y urbano

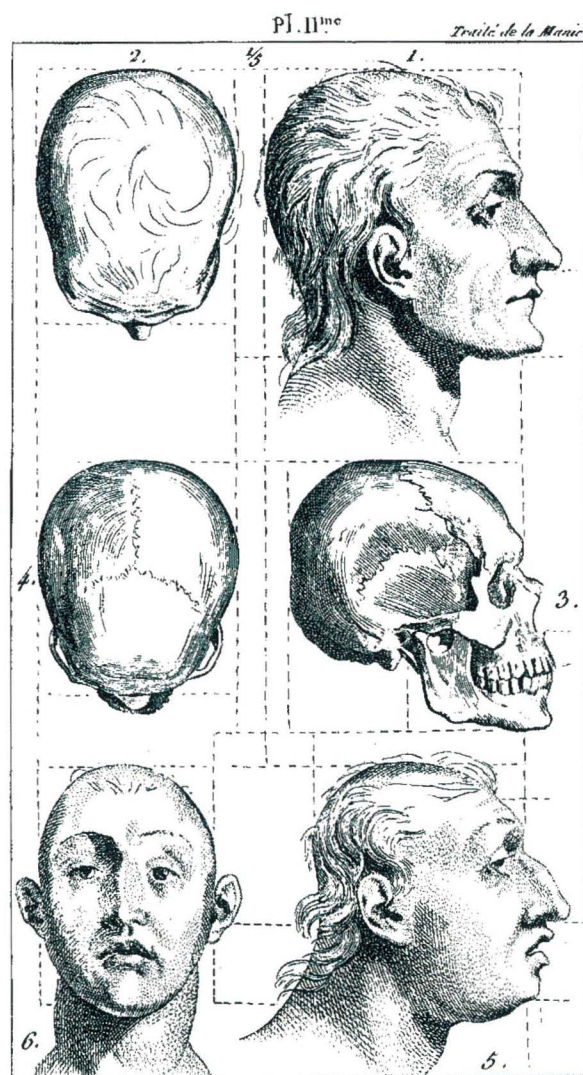
y un Mezzogiorno considerado disgregador, anticuado, agrícola y aldeano. Las obras de Cesare y Gina Lombroso arremeten contra ese bucólico sur, evitando la condena del industrioso norte, encabezando una tradición que hasta el día de hoy alcanza. Esta alteración era, desde luego, distinta para cada grupo o clase social. A Pedro Laín Entralgo le gustaba recordar la diferente consideración de la histeria en la Europa fin de siglo. Mientras Charcot buscaba la base neurológica, sus pacientes eran presentados como sujetos de hipnotismo, personajes maltratados. No lejos, en Viena, Sigmund Freud atendía en sus cálidos divanes a pacientes que mostraban en la intimidad secretos sueños, ardientes deseos. Eran, pues, mimados. Se suponía que esas personas preocupadas, sensibles,

acaudaladas podían enfermar más, o de forma más sutil y reacia a la curación. Hoy en día, en este mismo sentido, se discute la relación entre esquizofrenia y civilización.

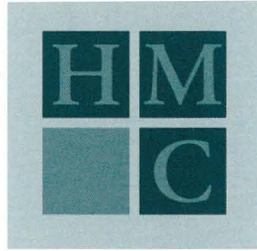
Como escribe Lanteri-Laura, los centros psiquiátricos nuevos se ponen en marcha entre el segundo Napoleón y la tercera República, junto a los ferrocarriles. De forma filantrópica, también optimista y liberal, los primeros alienistas habían diseñado los planos de los centros psiquiátricos. Eran reacción contra iglesia y nobleza, aquélla había controlado la asistencia, ésta podía emplear estos centros para dominar ciertas fortunas. Se dudaba sobre la convivencia de hombres y mujeres, la posible elección de ciertos enfermos y ciertos diagnósticos, la limitación a agudos no admitiendo crónicos, la posibilidad o no de enfermos de pago. Se quería primar el papel del médico sobre la institución, así como del tratamiento sobre la reclusión, procurando enfermos agudos de corto internamiento. Sin embargo, la construcción de los manicomios se hace mucho después, cuando la burguesía ha pactado con la iglesia y los poseedores de la tierra. Se produce una descentralización -que quizá no temiera Esquirol- quedando las nuevas instituciones en manos de prefectos y consejos generales, quitando poderes a la inspección médica. Los grandes centros psiquiátricos se convierten en restos feudales, explotaciones agrícolas que tienen poco que ver con el capitalismo. Se ha hecho hincapié en construir y controlar, poseyendo una mano de obra barata y estable. Criterios de rentabilidad y control exigieron grandes establecimientos.

La asistencia psiquiátrica española siguió las mismas pautas, y desde luego la influencia de la medicina francesa fue decisiva. Ha señalado Joseph M. Comelles la carencia de una política estatal en este terreno, que se manifiesta en los enormes y masificados centros del siglo XIX y principios del XX. Tal como diría Pi i Molist cuando se quiere poner en pie un buen manicomio en Santa Cruz: "La casa de Santa Isabel, en Leganés, erigida en 1851 es un ensayo mezquino, que por cierto saldría muy mal librado de la crítica del más imparcial frenópata". Ni el manicomio modelo madrileño citado -burda imitación de los proyectos esquirolianos- ni las reformas legales fueron eficaces. Tan solo en Cataluña la filantropía privada, el empuje de algunos médicos y las instituciones propias como Diputación, Mancomunitat y

Generalitat iniciaron reformas de interés. Será en tiempos de la República cuando se plantee la necesidad de una total reforma de la sanidad pública y de la asistencia psiquiátrica.

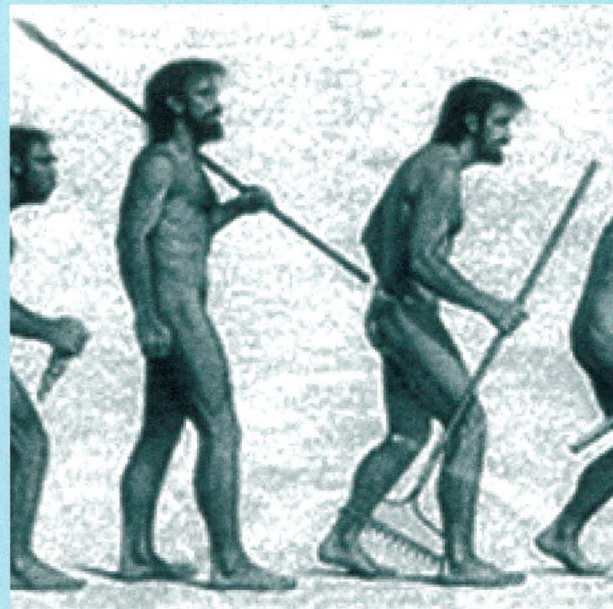
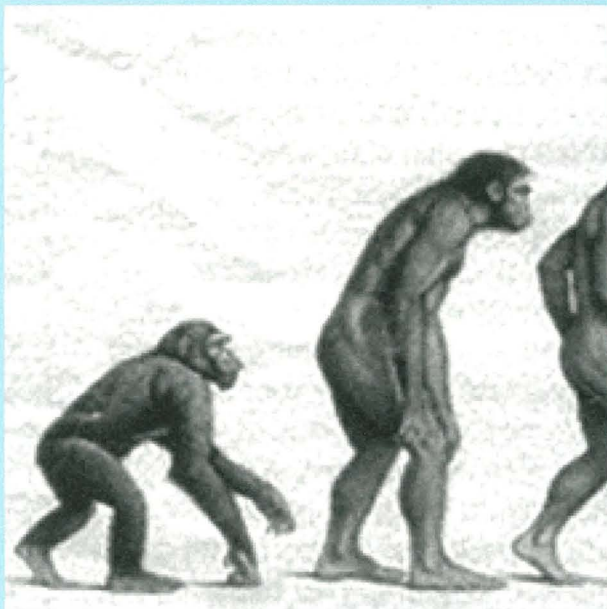


Detalle del Tratado Médico-Filosófico de Ph. Pinel



Desde la memoria...

Historia, medicina y ciencia en torno a Darwin



La Teoría sobre la evolución de las especies transformó la historia de la ciencia. La asumida y estática explicación de la creación fue cuestionada y sustituida por una propuesta que defendía la perpetua transformación de la vida. Charles Darwin defendió su teoría no siempre en las mejores circunstancias, pero 150 años después de la publicación de *El origen de las especies*, nadie pone en duda que su labor cambió la ciencia y el pensamiento moderno en general. Sus trabajos pusieron en marcha una auténtica revolución.

El 24 de noviembre de 1859 se publicó *El origen de las especies*. Fue un extraordinario éxito editorial. El impresor, John Murria lanzó 1250 ejemplares que se agotaron esa misma tarde. Todo un hito en la literatura científica. La leyenda se ha encargado de aumentar la polémica que supuso la publicación de este libro, pero hoy, casi 150 años después, sabemos que lo que hizo Darwin fue avivar un fuego que se había encendido mucho tiempo antes. La teoría de la evolución se daba por válida en muchos círculos científicos de la época y las teorías de Darwin ya habían sido objeto de críticas y debates. Pero *El origen de las especies*



destacó por la cantidad de pruebas que argumentaba para defender su tesis y esto captó la atención de los científicos y de toda la sociedad. Aún faltaban seis años para que Mendel formulara sus famosas leyes. Sin duda, los trabajos del clérigo habrían ayudado a completar los estudios que Darwin llevó a cabo.

La implosión de las ideas darwinianas fue tan contundente que las historias bíblicas sobre la creación se desmoronaron

La obra tuvo tanta repercusión que muchos científicos defendieron rápidamente la teoría de Darwin, aunque otros muchos se opusieron radicalmente y el mismo enfrentamiento se trasladó al ámbito político y religioso. La discusión de las ideas evolucionistas inundó la cultura y la sociedad de entonces y la de años después. De hecho, aún

en 1925 en el estado de Tennessee (Estados Unidos) se acusó al profesor de ciencias John T. Scopes, de impartir el evolucionismo, cuando en muchos estados se prohibía la enseñanza de cualquier teoría que negara la creación

divina del hombre. Más de cien periodistas siguieron este juicio que acabó llevándose al cine pocos años después. Aún hoy, en determinadas escuelas, no se ve con buenos ojos la teoría de Darwin y sólo hace poco más de diez años, en 1996, Juan

Pablo II reconocía, ante los miembros de la Academia de Ciencias, que las teorías evolucionistas de Darwin eran algo más que una hipótesis, rehabilitando –como antes hiciera con Galileo– al autor de la Teoría del origen de las especies por selección natural.

El próximo año celebraremos el bicentenario de su nacimiento y el 150 aniversario de la publicación de su obra emblemática. La Fundación de Ciencias de la Salud, en colaboración con la Residencia de Estudiantes y el British Council, ha querido adelantarse a esta efeméride con este ciclo de conferencias en las que se han dado cita los más prestigiosos estudiosos del científico inglés.

Sobre leyenda y realidad

Si hay alguien que conoce en profundidad la vida y obra de Charles Darwin es John Van Wyhe, de la Universidad de Cambridge y Director *The Complete Work of Charles Darwin Online* (<http://darwin-online.org.uk/>), el mayor compendio de materiales sobre el famoso científico británico. Gran parte de la labor de Wyhe se ha centrado en discernir qué hay de leyenda y qué de cierto en la vida de Darwin. Sabemos que Charles Darwin nace en Shrewsbury,



El navío Beagle, en las Galápagos, 1835

HISTORIA, MEDICINA Y CIENCIA

en torno a... Darwin

Inglaterra, el 12 de febrero de 1809. Hijo del prestigioso doctor Robert Waring Darwin y de Susana Wedgwood, queda huérfano de madre con sólo ocho años. Su familia, acomodada y erudita, se preocupa de que el niño recibiera una educación exquisita y su padre decide que estudie medicina en la Universidad de Edimburgo junto con su hermano, que ya cursaba allí sus estudios. Pero Darwin abandona pronto la Universidad porque la medicina no despierta en él ningún interés. Ante esta decisión, su padre le envía a Cambridge para que se convierta en clérigo. Aunque consigue graduarse como tal, en 1831 decide dar un rumbo nuevo a su vida: con sólo 22 años, Charles Darwin embarca en el Beagle, un

bergantín de pequeñas dimensiones destinado a recorrer el mundo en cinco años. Este hecho cambia la vida de Darwin. La misión de este barco era estudiar los litorales continentales y realizar observaciones sobre la flora y la fauna durante el trayecto. En el viaje, Darwin trabaja como naturalista: observa, recopila, distingue, colecciona, disecciona, clasifica, enumera, toma notas, escribe sobre diferentes tipos de insectos, aves, mamíferos, peces... Descubre la naturaleza y se acerca a ella con mirada de científico. Los datos que recopila durante este viaje fueron la semilla para su *Teoría de la Evolución*.

Las Galápagos y los pinzones

En uno de los archipiélagos recorridos, las islas Galápagos, realiza un importante estudio sobre los pinzones. Darwin se



Ilustración de la época de pájaros pinzones encontrados en las islas Galápagos

da cuenta de que los hábitos y costumbres de estas aves diferían de una isla a otra, a pesar de las cortas distancias que había entre ellas. Además, su característica esencial era la diferenciación de la forma y el tamaño del pico. Por tanto, Charles Darwin deduce que el aislamiento de cada especie de pinzón provocaba el origen de nuevas especies. Así, los pinzones que viven en los cactus son capaces de perforar sus tallos y hojas en busca de larvas y gusanos, mientras que otra especie de pinzón se especializa en obtener su alimento en las ramas de los árboles. Los pinzones poseían cambios en las costumbres y en sus características morfológicas pese a la cercanía de su hábitat. La teoría de la evolución comenzaba a perfilarse.

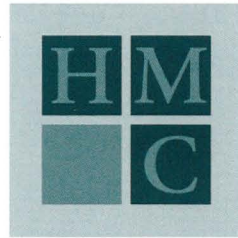
Tras regresar del viaje a bordo del Beagle, Darwin madura las ideas acerca del cambio y la evolución de las especies influenciado por la lectura de Thomas Robert Malthus y su teoría de la lucha por la existencia para explicar el mecanismo de la selección natural: en la lucha por la vida sobreviven los animales cuyas variaciones son ventajosas, y se originan así, en los casos extremos, nuevas especies, caracterizadas por

nuevos medios de adaptación. Es la supervivencia de los más fuertes o de los mejor adaptados. Darwin lo denomina *teoría de la selección natural*.

Entre 1842 y 1858 Charles Darwin trabaja en la redacción de *El origen y evolución de las especies* pero no lo

publica hasta 1859. Según Wyhe, Darwin teme aportar los datos que habían configurado su teoría. Pero lo cierto es que sus hipótesis ya circulan en los círculos científicos. Wyhe

Es posible que no sea contradictorio tener creencias religiosas y creer en la evolución al mismo tiempo. Darwin tendía a ver la religión como algo más privado



recordó que si guardó tantos años la *Teoría de la Evolución* en un cajón antes de publicarla fue "porque estaba muy ocupado". ¿Quizá no la creía importante? "Si sabía de su trascendencia, pero pensaba que su aportación había sido poca. Era muy humilde", insistió.

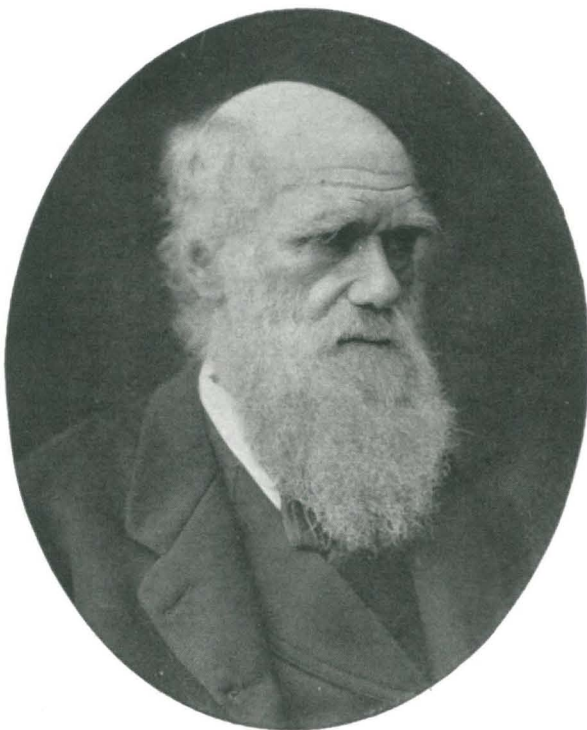
La implosión de las ideas darwinianas fue tan contundente que las historias bíblicas sobre la creación se desmoronaron. Para este experto, es llamativo que hoy se discuta esta cuestión ya que "en su época se aceptó, incluso entre los cristianos". Pero la obra de Darwin fue criticada en muchos ámbitos. Algunos biólogos le atacaban argumentando que no aportaban pruebas que sustentaran su teoría. Otros criticaron su concepto de variabilidad alegando que éste no justificaba

la transmisión de las características entre generaciones, ni las diferencias entre especies. Ahora bien, Darwin no pretendía que sus opiniones llegaran a ofender las creencias religiosas de nadie. Sin embargo, los ataques más

La anatomía comparada y su influencia en Darwin

En la Francia de los comienzos del XIX, el Museo de Historia Natural promovió una disciplina que aportaría nuevas luces al misterio del origen de las especies: la anatomía comparada. Georges Leopold Dagobert, Barón de Cuvier, profundizó en esta teoría. Para él, la disposición funcional de los órganos del animal responde a sus condiciones de vida. Establece cuatro grandes grupos morfológicos: vertebrados, articulados, moluscos y radiados entre los que no existen formas intermedias y que están aislados entre sí, lo que supone una ruptura de las teorías de Lamarck y otros naturalistas que defendían que todos los seres vivos comparten un modelo inicial.

Darwin presta especial atención a una obra anónima que también fue un éxito editorial, *Restos de historia natural de la creación*. Se defendía allí la evolución de los organismos por una serie de modificaciones originadas en el periodo embrionario. En opinión de Darwin, esta obra "ha prestado un excelente servicio a este país".



HISTORIA, MEDICINA Y CIENCIA en torno a... Darwin

impactantes vinieron de los ámbitos religiosos. La leyenda nos pinta a Darwin en su lecho de muerte, admitiendo que se había equivocado. Pero sabemos que no fue así. Miles de trabajos posteriores lo han confirmado.

La correspondencia de Darwin

El profesor de la Universidad de Cambridge Paul White ha estudiado durante muchos años la correspondencia de Charles Darwin, un testimonio único que ha servido para aclarar muchas de las creencias erróneas que han rodeado la figura del científico. Darwin se escribía con su mujer, con otros investigadores e, incluso, con miembros del clero de su país. White recordó que siempre se ha pensado que Darwin era un hombre solitario. Se le consideraba un genio, disciplinado y riguroso, pero nunca se codeaba con nadie. Sufría dispepsia crónica y se ha llegado a afirmar que esa era la excusa que ponía para no relacionarse con nadie. Sin embargo, en su correspondencia, se refleja todo lo contrario. En sus cartas se descubre a un Darwin familiar, amigo leal, un escritor ameno que incluye en los relatos científicos anécdotas de su vida. En sus cartas, habla de todo: de novelas, de viajes, de política... Y es que Darwin hizo muchos amigos en sus viajes y con muchos de ellos mantuvo correspondencia durante años.

Su correspondencia aporta una visión diferente sobre las creencias religiosas de Darwin y el debate sobre las implicaciones de su teoría para el cristianismo. "Él nunca es crítico con la religión de una manera directa -sostuvo White- es muy respetuoso, y muestra su preocupación por algunas de las personas que están tomando sus teorías y usándolas como medio para cuestionar a las instituciones religiosas de una forma muy agresiva". Había muchos miembros del clero con los que Darwin mantenía correspondencia y con los que tenía buena relación, que veían sus teorías como algo que aportaba una forma positiva de reformar la teología, cuestionando algunos puntos de vista más dogmáticos sobre las creencias religiosas y aportando una visión más liberal. Es posible que no sea

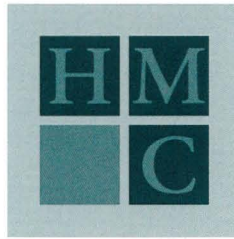


Ponentes y moderadores de las sesiones, de izquierda a derecha y de arriba abajo: Joaquín Fernández, María Tena y Antonio González Bueno; John van Wyhe, José M. Sánchez Ron y Paul White

contradictorio tener creencias religiosas y creer en la evolución al mismo tiempo. Él tendía a ver la religión como algo más privado.

Las cartas fueron también el vehículo para pedir a amigos y conocidos muestras de todo tipo: semillas, plantas, dibujos, fotografías.... Se convirtió en un soporte de intercambio que Darwin conservaba y en las que anotaba las cosas importantes de reseñar.

Gracias a esta correspondencia, en 1873 Darwin pudo publicar *La expresión de las emociones en los animales y en el hombre* donde desarrolla sus ideas psicológicas con mayor exhaustividad. Se



trata de un libro olvidado durante décadas, pero que a partir de la mitad del siglo XX se convierte en punto de referencia obligado en psicología de la emoción. La mayoría de las fotografías que analiza las recopiló por medio de la correspondencia. Formuló un cuestionario y lo distribuyó entre sus amigos viajeros, misioneros con el fin de recopilar los datos observados. Estudió la expresión de miedo, de asco... Él pensaba que las emociones eran universales y su método pretendía demostrar que eran iguales no sólo entre culturas sino también entre especies.

Antes de Darwin

La obra de Darwin supuso una revolución en los ámbitos científicos y culturales, pero no era la primera vez que se hablaba de la evolución como hipótesis. Antonio González

El lenguaje es una estructura innata humana y las lenguas son el resultado de una interacción y adaptación con otras lenguas. Los principios que rigen la gramática comparada podrían ser similares a la anatomía comparada

Bueno, del Departamento de Farmacia y Tecnología Farmacéutica de la Universidad Complutense de Madrid, recordó que en la tercera edición de *El origen* el propio Darwin incorporó una introducción en la que da cuenta del origen de sus teorías y se refirió a los autores que antes

que él se habían ocupado del misterio de los misterios de la naturaleza: el origen de las especies. "Al considerar el origen de las especies, es totalmente comprensible que un naturalista, reflexionando sobre las afinidades mutuas de los seres orgánicos, sobre sus relaciones embriológicas, su distribución geográfica sucesión geológica y otros hechos semejantes, llegue a la conclusión de que las especies no han sido creadas independientemente sino que han descendido como variedades de otras especies".

La teoría que cambió la ciencia

Darwin partió de otras tres generalizaciones basadas en la observación de la vida natural. La primera, sobre la herencia: es propiedad de todo ser vivo que su progenie tienda a heredar los rasgos de sus progenitores. La segunda sobre la variación: dentro de la población de cualquier especie, ya sea animal o vegetal, existen siempre pequeñas variaciones entre individuos. Y la tercera generalización se centró en el crecimiento exponencial de las poblaciones: la tendencia de todas las criaturas vivientes a reproducirse en progresión geométrica. Hasta Darwin, se defendía que todas las especies de la tierra existían en virtud de un acto deliberado de la creación. La mayoría de los científicos apoyaban la teoría catastrofista que afirmaba que cada especie había sido creada individualmente y era inmutable, es decir, no sufría cambios con el paso del tiempo. Darwin se dio cuenta de que el mundo evolucionó desde algo primitivo y que siempre seguiría cambiando.

HISTORIA, MEDICINA Y CIENCIA

en torno a... Darwin



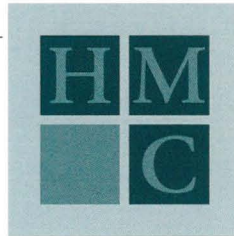
Retrato de Charles Darwin

Sin embargo no siempre fue así. Las teorías imperantes en el siglo XVIII mantendrán la inmutabilidad de las formas creadas. Las especies son entes estables e inalterables. Así lo decía Carl von Linnæ en su *Philosophia Botanica* impresa en 1751: "las especies son tan numerosas y en tan diversas formas como fueron creadas en el principio". Recoge la tradición creacionista basada en los presupuestos del Génesis bíblico. Esbozó su teoría sobre el origen de la tierra en un discurso en 1753 en el que situaba el paraíso terrenal en una isla en el Ecuador. Allí, los animales y plantas iniciaron

una progresiva expansión al faltarles el agua y así colonizaron el resto del planeta. Linnæ expresa un equilibrio armónico de la naturaleza acorde con la perfecta proporción reflejada en las sagradas escrituras, una armonía natural que aparece en otros tantos libros de Linnæ. Pero la recopilación de materiales que hizo para elaborar su "*especie plantarum*" modificó esta teoría para afirmar que las especies son entes formados con posterioridad al momento de la creación. Esta hipótesis se puede encontrar en textos anteriores, por ejemplo en Veloria, que afirmó que eran posibles nuevas especies de plantas mediante procesos de hibridación. Sostuvo la hipótesis de que todas las plantas de un mismo género procedían de una única especie, la creada por Dios, y el resto de las especies de este género se habían formado por procesos de hibridación, una teoría parecida a la que defendió Andrea Casaelpino en el siglo XVI. Poco antes de morir, siguió defendiendo que en el instante de la creación existía un único espécimen para cada orden generándose los restantes mediante proceso de hibridación, lo que supone aceptar una variedad de la naturaleza tanto en el tiempo como en el espacio. Aunque se trate de planteamientos muy estrictamente creacionistas, parece aceptarse una cierta hipótesis transformista.

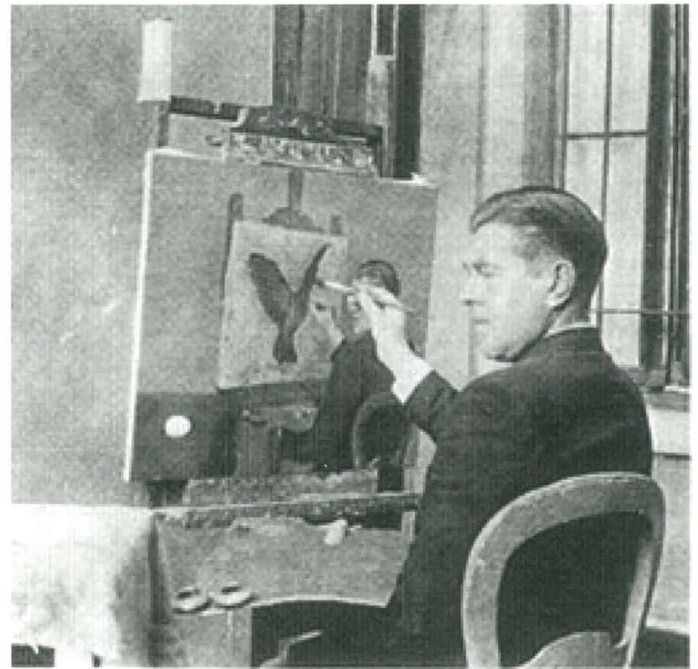
La adaptación como idea

El interés por el origen de las especies no queda limitado a los círculos científicos. En 1745 Pierre-Louis Moreau de Maupertius incluye su *Venus Physique* dos disertaciones sobre el origen de los animales y de los hombres y otra sobre el origen de los negros. Un opúsculo a medio camino entre la divulgación científica, el chisme literario, la experimentación, la ficción erótica y la filosofía. La obra fue otro éxito editorial. Incluye un relato que transcurre en uno de los salones ilustrados parisinos presidido por una mujer, lo que enfatiza el carácter no académico del texto, refiriéndose a un caso de albinismo en la raza negra, escribe: "es un niño de 4 o 5 años que tiene todos los rasgos de los negros y en el que una piel muy lívida no hace sino aumentar su fealdad. Ha nacido según se asegura de padre y madre africanos. Estos cambios de color son más frecuentes en los animales que en los hombres. El color



negro es tan inherente a los cuervos y a los mirlos como lo es a los negros, pero a veces se han visto cuervos y mirlos blancos y estas variaciones formarían nuevas especies si se las motivase". En este texto está presente la capacidad de la naturaleza para producir cambios y perpetuarlos. Basta que las variaciones se repitan varias veces.

Esta misma idea esta subyacente en Jean Baptiste Monet, caballero de Lamarck. En su opinión, la especie es sólo provisionalmente estable, con una disponibilidad innata para cambiar según el medio en que se desenvuelva. Los cambios ambientales proporcionan cambios en los seres vivos, cambios que se perpetúan a medida que el cambio de las condiciones de su hábitat se estabiliza. No son los órganos, afirma, los que han dado lugar a las costumbres y hábitos de los animales, sino



René Magritte pintando Clarividencia

que por el contrario, los hábitos son los que con el tiempo han constituido la forma de su cuerpo.

Darwin señala a Lamarck como uno de sus predecesores, afirmó González Bueno, aunque esta teoría recibió poca atención en su tiempo. Su teoría parte de una premisa básica: la complejidad progresiva de la naturaleza. Según él, las formas más sencillas de vida nacen por generación espontánea y sobre ellas actúa un sistema de fluidos internos origen de los diferentes órganos cada vez de mayor complicación. En este proceso de marcha a la complejidad actúan las condiciones ambientales capaces de modificar los hábitos de los seres vivos y, con ello, la funcionalidad de sus órganos que se desarrollan o atrofian en función del uso.



La influencia de Darwin en el arte es evidente en el cuadro Clarividencia, de René Magritte, año 1936

HISTORIA, MEDICINA Y CIENCIA

en torno a... Darwin

Lamarck también afirmó que la vida sobre la tierra surgió hace miles de millones de años. Así justificaba el hecho de que no viéramos variar las especies, lo hacen, pero de forma tan lenta que no es posible apreciarlo por los sentidos humanos.

Es evidente, concluyó González Bueno, que la idea de la evolución latía en el sentir de muchos (Robert Edmon Grant, John Stevens Henslow...). Son, según Darwin, los precursores de su teoría, a pesar de que las afirmaciones de su hijo Francis Darwin, nos dejó una idea diferente: "tengo la impresión de que la influencia de los primeros evolucionistas sobre el pensamiento de mi padre fue inapreciable"

Darwin en el pensamiento, la cultura y el arte

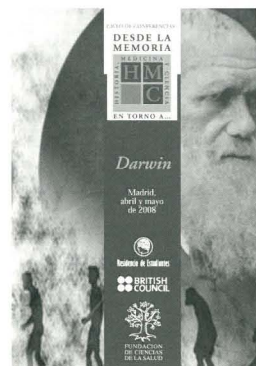
Sin embargo, de lo que nadie duda es de la enorme influencia que tuvieron las teorías de Darwin en el pensamiento y la cultura de su época. Joaquín Fernández, Catedrático de Biología Celular de la Facultad de Ciencias Biológicas de la Universidad Complutense de Madrid, se ocupó de buscar la sombra de Darwin en distintos ámbitos, a pesar de que la evolución por selección natural no fue admitida en la mayoría de los círculos intelectuales. Sin embargo, los frutos de la teoría darwinista llegan hasta los descubrimientos del ADN o del genoma humano en 2001.

El darwinismo sustituyó al pensamiento (*weltanschauung*) tradicional occidental y judeo-cristiano basado en el relato bíblico del Génesis por una explicación científica que incluye el origen de la vida sobre la tierra y la evolución de las especies por selección natural. Abrió una brecha entre la ciencia y la creencia, brecha que continuó sangrando hasta muy avanzado el siglo XX y que no impidió que el darwinismo y la evolución se puedan aplicar a cualquier entidad que cambie con el tiempo.

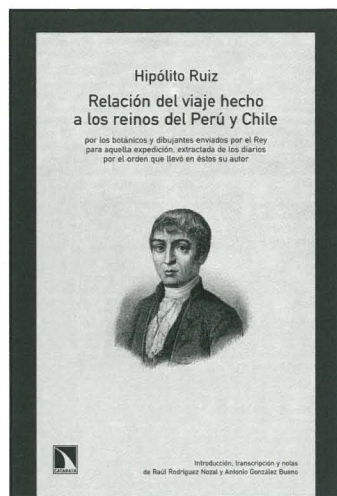
Los cambios ambientales proporcionan cambios en los seres vivos, cambios que se perpetúan a medida que el cambio de las condiciones de su hábitat se estabiliza

Una de las influencias más destacables para este experto se dio en el estudio del origen y la evolución de las lenguas. El lenguaje es una estructura innata humana y las lenguas son el resultado de una interacción y adaptación con otras lenguas. De hecho, los principios que rigen la gramática comparada podrían ser similares a la anatomía comparada. En la época de Darwin se empezó a estudiar la influencia de unas lenguas en otras y surgió el estructuralismo lingüístico. En un reciente trabajo el matemático Lieberman afirma que la evolución lingüística sigue pautas propias de la selección natural.

¿Y qué ocurrió con las disciplinas artísticas? Para Joaquín Fernández, el darwinismo no tuvo una influencia directa en el arte, pero sí contribuyó a crear nuevos modelos de una manera indirecta. Así ocurrió con la arquitectura "orgánica" o integrada en la naturaleza o con la pintura paisajística en la que se muestra la diversidad y variabilidad. Más obvia es la presencia de Darwin en el mundo de la caricatura del siglo XIX y XX. Darwin es un icono que se repite en dibujos burlescos y ha sido el impulsor de toda una iconografía que ha intentado poner en imágenes el misterio de los misterios: la evolución de la vida.



Las conferencias del ciclo Desde la memoria se celebraron en colaboración con la Residencia de Estudiantes y el British Council durante los meses de abril y mayo de 2008



Hipólito Ruiz

RELACIÓN DEL VIAJE HECHO A LOS REINOS DEL PERÚ Y CHILE POR LOS BOTÁNICOS Y DIBUJANTES ENVIADOS POR EL REY PARA AQUELLA EXPEDICIÓN, EXTRACTADA DE LOS DIARIOS POR EL ORDEN QUE LLEVÓ EN ÉSTOS SU AUTOR

Introducción, transcripción y notas de Raúl Rodríguez Nozal y Antonio González Bueno

Madrid, Catarata/CSIC, 2007 366 págs.
ISBN: 978-84-8319-329-7 y 978-84-00-08565-0

*Por Miguel Ángel Puig-Samper
Profesor de Investigación del CSIC*

La historia que narra este libro podría llamarse en términos más literarios *La aventura de unos brujos yerbateros en tierra de Xauxa*, pues así apodaron a los expedicionarios en su periplo por Perú y Chile, lugares que ellos identificaron con la mítica tierra donde la abundancia de cualquier bien era posible desde los antiguos tiempos de Pizarro. Rescata esta edición el manuscrito original de Hipólito Ruiz, conservado en el archivo del Museo Nacional de Ciencias Naturales (CSIC), aquel hombre "prudente, laborioso, parco y muy celoso por la gloria de su nación", según las palabras de su propio hijo Antonio.

La primera observación que hay que hacer sobre esta edición de Raúl Rodríguez Nozal y Antonio González Bueno, dos reconocidos especialistas en esta expedición científica, es precisamente la erudición de los editores al referirse al manuscrito original editado y el esmerado cuidado en la transcripción del mismo. No es un asunto menor si tenemos en cuenta las ediciones anteriores de Agustín Barreiro en 1931 o la de Jaime Jaramillo Arango en 1952, bajo los auspicios de la Real Academia de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales, con cierta confusión sobre los

originales editados, al conservarse otros dos en el British Museum, que ellos fechan en torno a 1784 y 1801, en tanto que el editado ahora es de alrededor de 1797 y fue el que donó el padre Barreiro al Museo Nacional de Ciencias Naturales en 1932 tras localizarlo en el archivo familiar del farmacéutico Tomás Pascual, quien había realizado su tesis doctoral en 1867 sobre el viaje de Ruiz y Pavón.

El contenido del diario editado narra los viajes de Hipólito Ruiz y José Pavón al frente de una de las grandes expediciones botánicas enviadas por los gobiernos ilustrados en el último tercio del siglo XVIII con objetivos altruistas y de modernización científica, que se alternaban con la búsqueda de materias primas, remedios terapéuticos y la reforma de los diferentes virreinos. Como he señalado otras veces, si queremos comprender cómo entendieron los ilustrados su propia obra, al menos en lo que se refiere a la gran empresa del envío masivo de expediciones científicas, podemos dar como ejemplo lo que el sabio Hipólito Unanue afirmaba en el *Mercurio Peruano* en 1793:

"..las expediciones científicas deben borrar las tristes memorias de las expediciones de sangre. Ellas conducen

a los Pueblos remotos la cultura, la policía, las artes, y un sin número de bienes. No son ciertamente susceptibles de las preocupaciones de los viajeros pedantes, que llenan de patrañas sus diarios para hacer admirable su lectura, pero que tomados desgraciadamente por elementos de los cálculos políticos, pueden originar perjuicios irreparables. Presentan el verdadero retrato de las cosas, y hacen en consecuencia que resulten exactos los cómputos, y proporcionados a la felicidad de los países a que se dirigen¹."

La Real Expedición Botánica a Perú y Chile, primera expedición botánica oficial a los virreinos, estuvo mediatizada por el interés de los franceses por desvelar los secretos de la naturaleza americana y sus posibles aplicaciones, a la vez que obtenían una valiosa información sobre las posesiones españolas en territorio americano. Se pretextaba además la búsqueda de los manuscritos de J. Jussieu, científico que había participado en la expedición geodésica hispano-francesa de La Condamine (1735-1745), destinada a Quito con el fin de aclarar la polémica sobre la figura de la Tierra. El gobierno español aceptó la propuesta francesa de exploración del virreinato del

Perú, con la salvedad de que la dirección estaría encomendada a los españoles, medida de prudencia adoptada tras los incidentes ocurridos en la anterior expedición hispano-francesa y con el claro objetivo de obtener las ventajas de la mayor formación de los científicos franceses. En 1777 fueron nombrados miembros de la expedición los

discípulos de Casimiro Gómez Ortega, Hipólito Ruiz, primer botánico, José Pavón, segundo botánico, y, por parte francesa, Joseph Dombey, en calidad de "miembro acompañante". El grupo de naturalistas se completó con la designación de Joseph Brunete e Isidro Gálvez, alumnos de la Academia de Bellas Artes de San Fernando, en calidad de dibujantes.

Tras su llegada al puerto peruano de El Callao, en abril de 1778, la mayor parte de la elite científica local colaboró con las tareas de los expedicionarios. Cabe destacar la ayuda recibida del médico aragonés Cosme Bueno, colaborador de

Joseph de Jussieu en Lima e introductor de las teorías de Newton, así como de

José Hipólito Unanue, editor del *Mercurio Peruano*, y del padre Francisco González Laguna, "promotor de las artes y las ciencias útiles", que se encargó especialmente del cuidado del huerto terapéutico de los "agonizantes de San Camilo", utilizado para almacenar las plantas

vivas destinadas a la metrópoli por los expedicionarios. Durante el primer año los botánicos exploraron los alrededores de Lima y las zonas cercanas del litoral norte, además de la región andina de Tarma, para realizar los primeros envíos de lo recolectado en abril de 1779. El año siguiente lo dedicaron al estudio de la región de Huánuco, situada en la vertiente oriental de la cordillera que comunica con la Amazonía, en la que debían fijar especialmente su atención por la existencia de quinas y de otras plantas de interés terapéutico y comercial, como la coca. No hay que olvidar que la comercialización y el monopolio de la explotación de este tipo

El contenido del diario narra los viajes de Hipólito Ruiz y José Pavón al frente de una de las grandes expediciones botánicas enviadas con objetivos altruistas y de modernización científica

de productos figuraba entre los objetivos más claros de estas exploraciones, como lo confirman las instrucciones dadas al comisionado Sebastián López Ruiz, botánico enviado en esos años a Santa Fe con objeto de completar los estudios sobre la quina y la canela de la expedición al Perú. La rebelión de Tupac Amaru obligó a suspender las actividades de los botánicos, los cuales decidieron dirigirse a Chile para continuar con sus estudios y herborizaciones. Tras su llegada a Talcahuano, en enero de 1782, exploraron Concepción, la cordillera andina -donde estudiaron el "pino de Chile", de gran importancia económica-, y los alrededores de Santiago y Valparaíso, para regresar poco más tarde, en noviembre del año siguiente, al puerto de El Callao. Gran parte del material recolectado en Chile se perdió por el naufragio sufrido, en las costas portuguesas, por el navío *San Pedro de Alcántara*, que los transportaba a España.

En 1784, el botánico francés Dombey se embarcó hacia su país tal y como estaba previsto, en tanto que los expedicionarios españoles recibieron la orden de continuar sus trabajos, que los mismos habían solicitado para poder estudiar a fondo la zona de Huánuco, con el concurso de otros dos individuos -el boticario navarro Juan Tafalla y el pintor Francisco Pulgar-, que quedarían encargados más tarde de continuar la empresa. Después del incendio de la hacienda "Macora", en agosto de 1785 y tras recibir la noticia de la pérdida de los 53 cajones enviados en el *San Pedro de Alcántara*, los botánicos españoles tuvieron que esforzarse más para reponer en parte el material desaparecido, aunque parece que su tema central de interés

siguieron siendo las quinas, cuyas variedades estudiaron en la región de Huánuco y sus alrededores hasta 1787, fecha en la que murió Brunete y se recibió la orden de regresar a la península. El primer balance de esta empresa científica apareció publicado en el *Mercurio Peruano* con estas palabras:

Hay que destacar en esta edición la introducción histórica en la que nos despejan los entresijos de esta aventura ultramarina de la ciencia española

"El señor Don Carlos III, aquel Monarca Augusto, cuyo nombre no puede recordarse sin elogio, destinó en él [el Perú] una expedición de hombres inteligentes, que observase, descubriese y aprovecharse las producciones que presenta el Reyno vegetal en esta parte de sus dominios. Entonces fue quando

se vieron recorrer con un ojo especulativo y exacto, no solo las campañas de la parte poblada del Perú; sino también las nunca registradas montañas de los Andes: aquel rico tesoro de las preciosidades de la Naturaleza, donde esta madre benigna y sustentadora de los mortales ha desplegado toda la fuerza de su inagotable fecundidad. Parece que en oposición con el Arte ha querido manifestar en ellas, no necesita el auxilio del débil brazo de los humanos para ostentar su magnificencia y vigor. Diez años de una aplicación incansable, y de un estudio profundo llenaron de riquezas á esta compañía Botánica, que restituida á la Península matriz, las emplea en la grande obra de la Flora Peruana²."

Una vez retirados los responsables iniciales de la expedición, Tafalla y Pulgar, auxiliados desde 1793 por el botánico Juan Manzanilla, siguieron explorando las regiones peruanas para responder a las demandas efectuadas desde Madrid y formar

una *Flora Peruana*. Por otra parte, organizaron varias expediciones, entre 1799 y 1808, por las regiones de Guayaquil y Quito, que dieron lugar a la denominada *Flora Huayaquilensis*, que Ruiz y Pavón integraron en su *Flora peruviana et Chilensis*.

En otro orden de cosas, hay que señalar que Tafalla contribuyó a la creación de la cátedra de botánica en la Universidad de San Marcos (1797), a la organización de un jardín botánico en Lima y a la creación de otra cátedra en el Colegio de Cirugía de San Fernando, en Lima, en 1808. Destacaremos, por ser casi una excepción, que parte de los resultados científicos de la expedición al virreinato del Perú fueron publicados y produjeron un fuerte impacto en la comunidad científica internacional. Las novedades vegetales encontradas por los botánicos españoles fueron publicadas en el *Prodomus* (1794), en el *Systema Vegetabilium* (1798) en la *Flora Peruviana et Chilensis*, de la que se publicaron tres tomos entre 1798 y 1802. El interés demostrado por el estudio de las quinas quedó reflejado en las obras *Quinología* (1792), de Ruiz, y *Suplemento a la Quinología* (1801), de Ruiz y Pavón, además de la que quedó inédita *Compendio histórico-médico-comercial de las Quinas*, escrita por Ruiz en 1808, y de la *Nueva Quinología*, de Pavón, publicada en 1862 por el botánico inglés John Howard.

Hay que destacar en la edición de Raúl Rodríguez Nozal y Antonio González Bueno la introducción histórica en la que nos despejan los entresijos de esta aventura ultramarina de la ciencia española, así como algunos aspectos de la escasa institucionalización de la ciencia española, puesta de manifiesto tras la vuelta a España de la expedición, además

de los detalles de la vida de Hipólito Ruiz. Asimismo hay que elogiar la cronología que acompaña a esta introducción, la abundante bibliografía y unos índices que hacen mucho más útil esta obra. Por último, solo cabe recomendar la lectura de este libro, que nos muestra la aventura de la ciencia española en América, en una narración que permite una lectura placentera al trasladarnos casi sin darnos cuenta al país de Jauja.

Bibliografía

1- Hipólito UNANUE, "Elogio histórico del señor don Antonio Pineda y Ramírez...", *Mercurio Peruano*, IX, núm. 281, 12 de septiembre de 1793, pp. 25-26.

2- Aristio, "Botánica. Introducción á la descripción científica de las Plantas del Perú", *Mercurio Peruano*, II, núm. 43, 29 de mayo de 1791, pp. 73-74.

agenda

AGENDA

Después del verano, la Fundación de Ciencias de la Salud se suma a los actos de la Semana de la Ciencia con una jornada dedicada a la Nutrición y Salud. En el área social, presenta el informe Diferencias en el uso de los Servicios Sanitarios por parte de la población inmigrante. Continúa asimismo con sus encuentros en humanidades y sus tareas formativas en torno al objetivo de desarrollar una labor de impulso de todo aspecto relacionado con las ciencias de la salud.

Para más información:

www.fcs.es

JORNADAS Y CONFERENCIAS

Jornada sobre Nutrición y Salud

Coincidiendo con la Semana de la Ciencia, el objetivo de esta jornada es ofrecer una visión sobre distintos proyectos relacionados con Nutrición y Salud que se están desarrollando desde la UE y abordar cuál es la situación en nuestro país. En concreto, se tratarán las iniciativas HEPADIP, sobre síndrome metabólico, EPIC, sobre nutrición y cáncer y EARNEST, sobre nutrición infantil. Un representante de la Agencia española de seguridad alimentaria y nutrición abordará cuáles son las líneas en curso en España. La jornada está dirigida por D. José M Mato, Patrono de la Fundación de Ciencias de la Salud y Director General del CIC bioGUNE y CIC biomaGUNE y se organiza en colaboración con el CIC-bioGUNE y el British Council.

Fecha y lugar: 19 de noviembre, Auditorio de la Residencia de Estudiantes, c/ Pinar 21-23, a las 09:30 h.

En tierra de nadie, conversaciones sobre ciencias y letras

Dos nuevas ediciones de *En tierra de nadie: conversaciones sobre ciencias y letras*, una iniciativa conjunta con la Residencia de Estudiantes que pretende reunir dos puntos de vista que en los últimos siglos han evolucionado a la vez que se alejaban. En esta ocasión, los temas a tratar serán el lenguaje, con D. Antonio Gamoneda, escritor, y la charla sobre **Germinación poética de la palabra científica arcaica y Las Utopías**, con D. Pedro Etxenique, Catedrático de la Física de la Materia Condensada de la UPV, y D. Luis Goytisolo, escritor, moderados por D. Alberto Galindo, Presidente de la Real Academia de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales y miembro del Consejo Asesor de la Fundación.

Fecha y lugar: 12 de octubre y 11 de noviembre respectivamente, en la Residencia de Estudiantes, a las 19:30 h.

INFORMES DE LA FUNDACIÓN

Inmigración y salud

La Fundación de Ciencias de la Salud presenta el informe *Diferencias en el uso de los servicios sanitarios por parte de la población inmigrante* a los medios de comunicación. A partir del análisis de indicadores recogidos en las encuestas de salud de las comunidades autónomas con mayor afluencia de inmigración, este estudio aborda el uso por parte de esta población de los servicios de medicina general, hospitalización, urgencias, salud dental y medicina preventiva (cribado de cáncer de mama y de cuello de útero). La iniciativa ha recibido el apoyo de la Consejería de Inmigración y Cooperación de la Comunidad de Madrid.

Fecha y lugar: segunda quincena de junio en la sede de la Fundación de Ciencias de la Salud

FORMACIÓN

Innovación en AP 2008

Esta iniciativa conjunta con la Fundación para la Formación de la OMC introduce este año el tema de *La innovación en torno a la prevención clínica. Expectativas y realidades*.

Segundo seminario, 20 de junio

Innovación en prevención clínica y priorización de actividades. Ponente: D. Juan Gervas. Médico General de Canencia de la Sierra. Miembro del Equipo CESCA. Contrapuntos: D. Armando Martín, Médico y coordinador del programa de MFyC de Cataluña y D. Felix Miguel, Médico, Especialista en MFyC, Gerencia de AP de Valladolid Oeste.

Tercer seminario, 10 de octubre

Innovación en prevención clínica y profesionalismo médico. Ponente: D. Diego Gracia. Catedrático de Historia de la Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Contrapuntos: D. Juan Irigoyen, sociólogo, profesor titular de la Universidad de Granada y D. José Ramón Vázquez, médico, coordinador de la Unidad de Medicina de Familia y Comunitaria de La Laguna-Tenerife Norte.

Programas de Formación en Comunicación y Salud

Comunicar Malas Noticias. Curso on-line

A partir de 1 de junio comienza este curso, muy práctico, con cuatro módulos sobre habilidades de comunicación en el ámbito de las malas noticias y un quinto módulo de heteroevaluación *on-line*. Avanza por situaciones comunes en la práctica de cualquier profesional que se pueda encontrar en la tesitura de comunicar malas noticias a sus pacientes y/o familiares. 25 horas lectivas en una plataforma *e-learning* muy intuitiva. La actividad está acreditada con 3,1 créditos del SNS.

Tutorizado por: D. Francesc Borrell. Médico de Familia, Profesor de la Universidad de Barcelona. Miembro del grupo de Comunicación y Salud de la semFyC.

Comunicar Malas noticias. Curso presencial

Con el objetivo de abordar cómo deben comunicarse los médicos con sus pacientes en los casos habituales en los que tengan que comunicar una mala noticia -con especial incidencia en los casos de pacientes politraumatizados-, se organiza este curso, de dos días de duración, para el que se ha solicitado acreditación oficial. Está organizado por la Fundación MAPFRE, en colaboración con la FCS.

Fecha y lugar: 18 y 19 de junio en la sede de la Fundación de Ciencias de la Salud. Segunda edición en Vigo (Pontevedra) los días 2 y 3 de octubre de 2008

5ª edición del curso Bioética 4 x 4

Curso de alto rendimiento de Formación de Formadores, para profesionales con formación previa en bioética y experiencia o responsabilidad docente en esta materia o participación en Comités de Ética. Basado en los materiales interactivos y multimedia de formación del Proyecto "Bioética para Clínicos" de la Fundación de Ciencias de la Salud, consta de 10 módulos y está dotado de 7,4 créditos de la Agencia Laín Entralgo.

Dirigido por: D. Diego Gracia, Presidente de la Fundación de Ciencias de la Salud.

Fecha y lugar: Del 15 al 19 de septiembre, sede de la Fundación de Ciencias de la Salud



La Fundación de Ciencias de La Salud no se identifica necesariamente ni se hace responsable de las opiniones que los autores puedan expresar en sus artículos. Reservados todos los derechos. Quedan rigurosamente prohibidos, sin la autorización escrita de los titulares del *copyright*, bajo las sanciones establecidas en las Leyes la reproducción total o parcial de los contenidos de esta publicación por cualquier otro medio o procedimiento.



eidon se propone alcanzar los
más altos niveles de objetividad y
equilibrio científico en sus
contenidos.

eidon es una publicación
pensada para contribuir a mejorar
el conocimiento y la opinión de la
sociedad, en el ámbito de las
ciencias de la salud.

La publicación de este número ha
sido posible gracias a la
colaboración de GlaxoSmithKline.

www.fcs.es

eidon



www.fcs.es

número **27**

REVISTA DE LA FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD