

# Psicoterapia: ¿una conversación ilustrada?\*

## Psychotherapy: ¿an illustrated conversation?

Gustavo Barona Tovar\*\*

### Resumen

El presente artículo es el esbozo de un proyecto de investigación en torno a una propuesta diferente de intervención en psicología clínica. El propósito es explorar, en la convergencia de los saberes de las neurociencias y de la psicología clínica, las posibilidades que brinda la conversación terapéutica concebida como una conversación ilustrada, en la que los tradicionales términos de normalidad, anormalidad, locura, enfermedad mental, diagnóstico y tratamiento son desbordados por el esfuerzo que hacen los seres humanos para representarse el mundo y encontrar los lugares que en él están obligados a buscar.

**Palabras clave:** ilustración, conversación, psicología clínica, neurociencias, enfermedad mental.

### Abstract

This article is the outline of a research project about a different proposal for intervention in clinical psychology. The purpose is to explore, within the convergence of neuroscience and clinical psychology, the potential benefits of therapeutic conversation conceived as an illustrated exchange of ideas, in which the traditional terms of normality, abnormality, insanity, mental illness, diagnosis, and

---

\* Este artículo es un documento de reflexión. Apartados de este artículo se basan en el libro *Entre el placer y el hastío. Otra mirada al consumo, la adicción y la prohibición de las drogas*. Gustavo Barona Tovar. Deriva Ediciones, 2012.

\*\* Psicólogo. Magíster en Filosofía. Psicoterapeuta. Especialista en Hipnosis Clínica. Docente universitario. Correo electrónico: gustabar@yahoo.es.

**Artículo tipo 1: Investigación Reflexión**

**Recibido:** 31 de enero de 2013 **Aprobado:** 19 de febrero de 2013

treatment are overcome by the effort made by humans to represent the world and to find the places they search for.

**Keywords:** illustration, conversation, clinical psychology, neurosciences, mental illness.

**Sumario:** 1. Esbozo de un proyecto de investigación, 2. ¿Enfermedades mentales?, 3. Los psicofármacos como el sello de otra época, 4. ¿Nuevos tiempos? y 5. Referencias bibliográficas.

## 1. Esbozo de un proyecto de investigación

Asistimos en las llamadas ciencias humanas, al despliegue de múltiples discursos explicativos y descriptivos de la expresión de los problemas humanos, así como a la propuesta de diversos métodos de intervención. El cruce de saberes de larga tradición, como los de la filosofía y la economía, los fortalecidos a lo largo del siglo XX, como los del psicoanálisis, la psicología, la antropología, la sociología, la etología, o los más recientes, como el de las neurociencias, han permitido ampliar los horizontes de explicación y descripción de los vínculos entre los seres humanos y sus dificultades, pero también han generado obstáculos para la delimitación precisa de los objetos de investigación de cada una de estas disciplinas, así como para la implementación de métodos de intervención particulares.

Específicamente en la psicología, los esquemas tradicionales de referencia teórica y práctica han sido desbordados por los aportes de las otras disciplinas de las ciencias humanas, y a su vez, los planteamientos del psicoanálisis, la psicología social, la psicología experimental, la psicología cultural y la psicología evolutiva, entre otros, han permeado las construcciones hipotéticas de los otros campos del saber. Recientemente, la confluencia de estas perspectivas teóricas y prácticas sobre el ordenamiento de lo humano, que aparecieron el día en que el ser humano para la cultura occidental se tornó en aquello que hay que pensar y al mismo tiempo en aquello que hay que saber (Foucault, 2001), se ha visto teñida de una manera sorpresiva, y con frecuencia no del todo clara, con los últimos

avances de la investigación de la biología, particularmente con los de las neurociencias. Como lo señalan las dos últimas décadas, las llamadas ciencias humanas tienden a apoyar cada vez más sus reflexiones en los descubrimientos precisos y útiles que arroja la investigación del mundo neuronal y su asombrosa producción de lo humano.

Desde esta perspectiva, las delimitadas fronteras de la psicología clínica, abiertas desde sus inicios al permanente y esclarecedor influjo de la filosofía, la antropología, la lingüística y la sociología, han empezado a desdibujarse por el empuje arrollador de las neurociencias, por lo que se ha perdido con inusitada rapidez el objeto propio de reflexión y de intervención, dado el traslado de los aportes propios de la biología sin los requerimientos mínimos de crítica y pertinencia. Un ejemplo es el de la construcción conceptual de la enfermedad mental y sus modalidades de abordaje. Emparentándose con las concepciones de la biología y sus derivados teórico-prácticos de la medicina, la psiquiatría y la farmacología, la psicología clínica parece por momentos perder los derroteros que le traza la reflexión sobre el universo simbólico y su sistema de representaciones dados a partir del lenguaje y que son propios de la especie humana. Sin importar la perspectiva metodológica con que se trabaje en psicología clínica, su elemento común es la palabra. La palabra y su raudal de representaciones definen el campo de lo psicoterapéutico.

Los descubrimientos de las neurociencias, aunque son necesarios para entender la compleja manifestación de lo humano, no parecen ser suficientes. Más allá de la descripción del entramado neuronal, de la regulación enzimática de los neurotransmisores, de la hipotética existencia de módulos cerebrales y de la presencia verificable de circuitos de activación, a partir de los cuales se intenta la explicación del desequilibrio anímico o del sufrimiento humano, existe la presencia etérea pero demostrable del mundo del lenguaje y su sistema de símbolos y representaciones con las que los seres humanos, apoyados en la estructura cerebral, construimos la realidad, las imágenes de nosotros mismos, y por lo tanto las causas del sufrimiento y al mismo tiempo las posibilidades de su comprensión.

Conjuros, ensalmos, cantos, órdenes, recomendaciones, sugerencias e interpretaciones pertenecen al registro del simbólico mundo de las

palabras, con las que desde los albores de la historia humana se busca el alivio de los pesares que causa nuestra individual manera de percibir, interpretar y habitar el mundo. Particularidades de la secuenciación genética, modificaciones proteínicas, desbalance de los neurotransmisores y de sus portadores o sus receptores, así como microscópicas diferencias del cableado neuronal, si bien son determinantes para la expresión de los comportamientos, son solo una parte de la manera como cada ser humano, dependiendo de su propia historia, se concibe a sí mismo y despliega sus búsquedas de placer y enfrenta los hallazgos del hastío. Cerebro, lenguaje y representaciones parecen ser la marca indeleble de nuestra particularidad como especie.

Así pues, trabajar con los aportes de las neurociencias, y al mismo tiempo con los de las disciplinas de las humanidades y los suyos propios, parece ser, para la psicología clínica, la apertura a un campo diferente en el que convergen dos perspectivas. De esta manera, el encuentro de los saberes de la biología y de las ciencias humanas es el propósito de esta investigación, que tiene como objeto de estudio las llamadas enfermedades mentales, que tal parece ni son enfermedades ni son mentales, sino que interrogan sobre el lugar que ocupa la individualidad posmoderna y sus peculiares formas de estar en el mundo. Más allá de la desmesurada y arbitraria avalancha de diagnósticos que produce la psiquiatría y sus enfoques biológicos en los que se apoya con frecuencia la intervención de la psicología clínica, y cuestionando la necesidad indemostrable de la oferta psicofarmacológica, este estudio pretende explorar formas de intervención psicoterapéutica, en las que la queja por el dolor de existir no pase por el tamiz clasificatorio del psicodiagnóstico, sino que pase por el lugar que tienen las palabras en el esfuerzo que realiza cada quien para entender su particularidad orgánica y sus diferentes formas de representación del mundo, esfuerzo en el que la diferencia comportamental deja ser psicopatología y se convierte en reconocimiento de las posibilidades de lo humano.

La psicoterapia, dada su inscripción en el orden de las palabras, tanto en el abordaje del sufrimiento a nivel individual, como grupal o familiar, de niños, adolescentes o adultos, debe ser concebida como una forma de conversación ilustrada, que, más que curación de una supuesta patología

de lo psíquico, busca la claridad de los acontecimientos que circundan las dificultades para entender la representación de nuestro cuerpo y de nuestro lugar en el lazo social. La conversación ilustrada remite al esfuerzo personal que debe hacerse para superar las trabas que impiden la salida a un estado donde la voluntad y la razón facilitan la autónoma toma de decisiones.

En la conversación ilustrada, el término ilustración remite al empeño puesto en la búsqueda de iluminación o de claridad, que más allá de una revelación o de un darse cuenta de fenómenos ocultos o reprimidos en las profundidades de la psique, es una modificación de la relación concreta que se establece permanentemente entre la voluntad, la autoridad y la razón. Tal como a finales del siglo XVIII se definió en la filosofía el concepto de ilustración, y que implica una reflexión profunda y compartida sobre las condiciones espirituales, institucionales, éticas y políticas (Foucault, 1999). A estas condiciones del esfuerzo que demanda el abandono de la minoría de edad que propone la ilustración filosófica, como estrategia metodológica y discursiva, agrego la reflexión sobre la condición que impone la imagen del propio cuerpo en nuestra búsqueda de los lugares que deseamos asumir, lugares que al mismo tiempo siempre hemos ocupado, pero que no reconocemos o que sentimos como extraños.

Reconocer las estrategias con las que nos representamos el mundo, en la conversación ilustrada, tiene a su vez el sentido de una búsqueda que trata de romper la repetición automática e incomprensible de actos propios que nos molestan, nos preocupan, nos perturban, nos asedian, nos enceguecen, y que resultan inútiles en el afán de alcanzar nuestros ansiados lugares. Intercambio de sentidos discursivos que pretende, entre los sujetos que conversan, orientar el esfuerzo hacia la comprensión de los mecanismos que articulan la insistencia repetitiva de representaciones incómodas de las que deseamos desprendernos sin lograrlo. Fenómeno de repetición automática que sobrepasa la extensión cerebral y se materializa de otra manera (Lacan, 1998).

La psicoterapia, desde esta perspectiva, no pretende la cura de alteración alguna, toda vez que el esfuerzo por desprenderse de vínculos e imágenes que fatigan y oscurecen nuestra apreciación del mundo y de nuestro lugar en él, más que una enfermedad, son el producto de los interrogantes que

arrastra el hecho de ser atravesados por el lenguaje, y por las exigencias que la arbitraria realidad nos impone. Más que autoridades que buscan la imposición de saberes sobre las formas de vida, los psicoterapeutas son acompañantes activos de una esforzada búsqueda de claridad o iluminación, que es lo que finalmente arrastra el término ilustración en español, que deriva del latín *illustrare*, que entre otras acepciones significa iluminar o alumbrar. Recordemos que el siglo de la ilustración occidental es también llamado el siglo de las luces, y que en los términos *lumières* del francés y *enlighthenment* del inglés, que remiten al concepto de ilustración, también está la palabra luz. Pero además, no debe olvidarse que iluminación o claridad es la que también buscan los chamanes de nuestros pueblos indígenas, la que descubren tras el velo que recorren los alucinógenos. O la que, desde tiempos remotos, persiguen casi todas las propuestas existenciales del Lejano Oriente. Iluminación para ver con claridad el sentido que para nuestros propósitos tienen las huellas que vamos trazando a lo largo de la existencia.

Conversar ilustradamente demanda un esfuerzo que anula todo intento clasificatorio o excluyente del otro, tal como ocurre cuando se hacen psicodiagnósticos. Anormal, neurótico, trastornado, psicótico, perverso, retrasado, adicto o disfuncional, entre otros, son términos que encasillan el discurso, las emociones, las representaciones, las quejas, los comportamientos, y conllevan la carga de una alteración que debe ser corregida por figuras de autoridad que representan un orden que el sufrimiento mismo cuestiona. Interrogar el concepto de enfermedad mental y los modelos de intervención psicoterapéutica es una condición que demanda el inicio de una nueva exploración. Una búsqueda que, partiendo de los elementos que caracterizan a nuestra época, tenga presente cómo el sentido de la llamada alteración mental se ha esbozado a lo largo de la historia.

## **2. ¿Enfermedades mentales?**

Las elaboraciones conceptuales que sobre la mente y el cuerpo han desarrollado los pueblos a lo largo de la historia están relacionadas con las

concepciones que ha planteado cada época sobre la salud y la enfermedad. En la civilización occidental han variado de acuerdo con la importancia que en distintos momentos históricos se les ha dado a conceptos como cuerpo y alma, psique o mente, en la explicación de los desequilibrios.

La larga historia, aquí resumida, tiene origen en las concepciones de los médicos griegos que desde el siglo V a.C. argumentaron que la enfermedad no tenía causas sobrenaturales. Para ellos, influenciados por las concepciones naturalistas que explicaban el funcionamiento del universo, y a diferencia de las creencias animistas, el castigo de los dioses o la intervención de los espíritus no provocaba los desequilibrios. La medicina occidental comenzaba así a separarse de la magia y de la religión. Para las concepciones del pensamiento médico griego, las hoy llamadas enfermedades mentales, eran la consecuencia de modificaciones del balance natural del organismo, una reacción a eventos naturales generados por el desequilibrio de algunas sustancias en el funcionamiento cerebral. El asiento de la salud y de la enfermedad estaba en el cerebro.

Para explicar y tratar estas enfermedades se recurría al funcionamiento de los humores. Se suponía que la sangre, la bilis negra, la bilis amarilla y la flema eran sustancias que al interior del organismo producían salud o enfermedad dependiendo del equilibrio que presentaran. Mucha flema producía pereza y lentitud en las acciones, el pensamiento y las emociones. La bilis amarilla, irascibilidad y ansiedad. La sangre, euforia. La bilis negra, melancolía. Pero además, la cantidad de estas sustancias en el organismo generaba temperamentos, tipos de carácter o formas de comportamiento, como el flemático, el colérico, el sanguíneo y el melancólico. El tratamiento que pretendía restablecer el equilibrio de los humores incluía paseos, dietas especiales, conversaciones, música, fármacos como el opio y el eléboro, abstinencia sexual, retiro a lugares apacibles, masajes y baños.

Aunque para los médicos griegos todas las enfermedades eran orgánicas, ellos distinguían alteraciones en las que la fiebre era o no un síntoma característico. Existían enfermedades sin síntomas febriles que generaban alteraciones del estado de ánimo y el comportamiento. La manía y la melancolía sin fiebre eran distintas a la frenitis y la letargia, que eran enfermedades con fiebres altas que demandaban otro tipo de tratamiento.

La manía era un cuadro patológico con síntomas de intensa actividad física y mental, cólera, alegría, temores, falta de sueño, alteración del apetito y delirios de grandeza.

Con síntomas diferentes a los de la manía, se encontraba la melancolía asociada con la bilis negra. La palabra melancolía es derivada del griego *melas*, que significa negra, y *khole* que significa bilis. La melancolía era una enfermedad con manifestaciones como la tristeza, deseos de morir, llanto, hostilidad, sospechas de persecución, delirios, ideas de menosprecio, incapacidad para pensar en el futuro y alteraciones del sueño, el apetito y la sexualidad. La manía y la melancolía se describían con frecuencia como dos enfermedades relacionadas. Los médicos griegos trataban también, entre otras enfermedades sin fiebre, la epilepsia, las parálisis y la histeria, esta última considerada como una enfermedad femenina, de la que decían tenía como causa migraciones del útero al interior del cuerpo. Para Occidente, este sistema de representaciones en el que en el cuerpo estaba el origen de las enfermedades rigió durante siglos para explicar y tratar las enfermedades. Fue modificado por la irrupción del cristianismo.

Durante la Edad Media, en la Europa cristiana las enfermedades se concebían como un proceso de purificación relacionado con el castigo al cuerpo por los pecados cometidos, una sanción para un alma que se había dejado arrastrar por las pasiones. Oraciones, reliquias, penitencias y el uso de algunos remedios hacían parte del tratamiento. Todas las enfermedades, sin importar la clase de síntomas que expresaban, tenían como causa el quebrantamiento del orden moral. Pestes, convulsiones, manía, melancolía, alucinaciones y parálisis se explicaban y se trataban desde la incidencia del pecado. El alma desviada, productora de la enfermedad, era castigada a través de los tormentos del cuerpo. El cuerpo, que era su continente, debía ser sometido a la purificación.

A finales de la Edad Media, la histeria y la melancolía empezaron a ser reconocidas como enfermedades delimitadas. La medicina, superando la relación de las enfermedades con la presencia del pecado y del demonio en el cuerpo, planteó que la histeria era un desequilibrio originado en el cerebro que afectaba por igual a hombres y mujeres. Regresaba de esta manera al cuerpo el origen de las enfermedades anímicas o del comportamiento. En

el siglo XVI se planteó de nuevo la relación entre histeria y alteraciones del útero. Pero para la medicina de este siglo, los vapores y humores emanados del útero eran las causas de la enfermedad y no su migración. Histeria y melancolía, a partir de la idea de los vapores uterinos, fueron unidas en una sola enfermedad. Eran desequilibrios orgánicos. El alma de la Edad Media había sido desplazada por las concepciones organicistas y naturalistas del Renacimiento.

En el siglo XVII la melancolía fue reconocida nuevamente como una enfermedad independiente cuya característica principal era la tristeza. En 1621, en Inglaterra se planteó la existencia de la melancolía como una afección cuya peculiaridad era la presencia esporádica o permanente de una tristeza sin causa. Histeria y melancolía hacían parte de un listado de enfermedades que en el siglo XVII la medicina escocesa describió como alteraciones que no tenían como causa una lesión, una infección o la modificación de algún órgano. Se presentaban sin fiebres. Se les llamó neurosis y en 1679 fueron descritas como afecciones de los nervios. La palabra neurosis designaba todas las afecciones del movimiento o del sentimiento, cuya causa no podía localizarse en la anatomía ni podía explicarse por algún tipo de modificación orgánica verificable.

El término neurosis comprendía enfermedades como parálisis, apoplejía, dispepsia, hipocondría, epilepsia, mal de San Vito, palpitación, disnea, asma, tos ferina, cólico, diarrea, diabetes, hidrofobia, y las locuras, que incluían fundamentalmente manía y melancolía (Postel, 1987). Se explicaban como enfermedades con una etiología difusa. Su causa era un desequilibrio en el sistema nervioso. A pesar de las modificaciones descriptivas de las enfermedades aportadas por la medicina, los métodos de tratamiento utilizado durante esta época eran semejantes a los del pasado.

A mediados del siglo XVIII se propuso otro sistema explicativo. Se consideraba que las afecciones anímicas tenían como causa la alteración del equilibrio de un fluido magnético universal del que estaban compuestos todos los seres. El magnetismo que daba equilibrio al cuerpo, al descompensarse, producía las enfermedades. Si el cuerpo era magnetizado o cargado equilibradamente con el fluido por un experto

magnetizador, la enfermedad desaparecía. La causa de la enfermedad, aunque estaba en el cuerpo, no estaba relacionada con este. El origen de las enfermedades residía en la armonía que tuviera en cada organismo el fluido universal.

Durante algunos años, en lugares de Alemania, Suiza y sobre todo en Francia, las curaciones de las enfermedades con este método fueron abundantes, verificables, rápidas y permanentes. Bastaba un pase de las manos sobre el cuerpo o el toque con un instrumento previamente magnetizado por el curador para que desaparecieran los síntomas. Pero el magnetismo rápidamente perdió la efectividad que lo había hecho famoso, las curaciones ya no fueron tan frecuentes y las teorías del fluido universal fueron consideradas anticientíficas. El inventor del famoso y otrora aclamado tratamiento fue incapaz de explicar por qué y cómo ocurrían las curaciones. El magnetismo fue rechazado y perseguido. Finalizando el siglo se descubrió que, más que pases de manos o de instrumentos imantados sobre el cuerpo del enfermo, podía provocarse un sueño artificial que disociaba la conciencia y resultaba más eficaz para el tratamiento.

A mediados del siglo XIX, mediante este descubrimiento, se dio paso al resurgimiento de la milenaria práctica de la hipnosis. Con la técnica de la hipnosis, mediante una especie de sueño inducido y controlado por el hipnotizador, los enfermos expresaban sin ser conscientes las causas de sus padecimientos. La curación de las enfermedades dependía del cumplimiento automático de órdenes dejadas por el hipnotizador en regiones no conscientes de la mente del enfermo. Este procedimiento era explicado a partir de conceptos como el de inconsciente y sugestión. Durante esta época, las enfermedades nerviosas remitían cada vez más a alteraciones que no tenían causalidad orgánica, y más que enfermedades ligadas al funcionamiento del sistema nervioso, se concebían como alteraciones relacionadas con el desempeño del psiquismo. La hipnosis se propuso como un mecanismo terapéutico que incidía sobre la psique, con el que podía prescindirse de los fármacos y de la causalidad orgánica. Las causas de las enfermedades anímicas abandonaban de nuevo el cuerpo.

Amplió tanto los esquemas descriptivos de las llamadas enfermedades mentales, como las de las posibles etiologías o causas. Desde finales

del siglo XVIII, los locos habían sido liberados de las cadenas que los apaciguaban y la medicina alienista había contribuido a ello. Para la naciente psiquiatría, términos como psicosis y neurosis eran conceptos que englobaban la cada vez más creciente lista de enfermedades psicológicas o mentales. La demencia precoz, después llamada esquizofrenia, y la maníaco-depresión, delimitaron las múltiples expresiones de la locura o de las psicosis a finales del siglo XIX, e histeria, neurosis obsesiva y fobias trazaron los linderos de las neurosis, llamadas también psiconeurosis a comienzos del siglo XX.

Aunque el magnetismo fue rechazado como una práctica no científica, junto a la hipnosis y al manejo diferente que empezaron a tener los locos asilados, establecieron los derroteros de una relación más cercana entre el curador y el paciente. Había nacido la psicoterapia o el tratamiento de la psique por medio de la palabra, y la medicina empezaba a desprenderse del manejo de las enfermedades mentales, dando paso a la intervención de otras disciplinas, entre ellas a la psicología. Es importante no olvidar que el uso de la curación por la palabra ha sido usado por la medicina occidental casi desde los inicios de lo que hemos llamado Occidente (Lain Entralgo, 2005).

Conversaciones entre médico o psicoterapeuta y paciente, hipnosis, baños con agua caliente, dietas especiales, música, retiro a lugares apacibles, descargas eléctricas, agitación del cuerpo, purgas, sangrías, abstinencia sexual hacían parte de los medicamentos de las prácticas curativas de las nacientes psiquiatría y psicoterapia. Aunque la descripción de las enfermedades psicológicas se había refinado, y el número de enfermedades mentales crecía a partir de las descripciones de los médicos y los psicoterapeutas, los métodos de tratamiento seguían siendo los mismos usados por la humanidad desde siglos atrás.

Hacia el final del siglo XIX, los esquemas explicativos se escindieron. Había grupos que defendían la etiología orgánica o somatogénesis de las enfermedades mentales. Para esta concepción, la demencia precoz y la locura manícodepresiva eran el resultado de un desequilibrio químico y metabólico. Otros investigadores, en cambio, propugnaban la causalidad psíquica o psicogénesis. A comienzos del siglo XX, se planteó que las

enfermedades mentales, en particular la histeria, la neurosis obsesiva y las fobias, eran enfermedades psíquicas con una etiología especial, cuadros clínicos con síntomas que no tenían alteraciones anatómicas que los explicaran.

Psicopatologías como la histeria, la neurosis obsesiva, la fobia, la paranoia y la esquizofrenia se presentaban como patologías que remitían más a conflictos internos o psíquicos, y a la búsqueda de la superación de un malestar permanente que a lesiones localizables en el sistema nervioso. Síntomas de la histeria como contracciones, convulsiones, cegueras, parálisis y afonías, eran disfunciones físicas sin alteración orgánica. Igual los de la neurosis obsesiva, que consistían en ideas repetitivas y rituales incontrolables. También los de las fobias, con síntomas como temores paralizantes no justificables o irracionales. O los elaborados delirios de la paranoia y las escisiones de la personalidad típicas de la esquizofrenia. Todos estos síntomas que generaban dificultades para el despliegue del movimiento, el pensamiento, el afecto, la memoria, la atención, la sexualidad, la voluntad y la interpretación de la realidad se originaban en la psique. Eran el resultado de un conflicto interno. Los síntomas de las psiconeurosis, por ejemplo, entre los que era común un inmanejable sentimiento de culpa, manifestaban una opresiva sensación de angustia que hacía insoportable la existencia.

Las causas del conflicto psíquico estaban relacionadas con las experiencias del pasado y las representaciones que la persona había tejido sobre sí misma a partir de su propia historia. El tratamiento que se propuso desde este esquema explicativo, que permeó buena parte de las explicaciones sobre el comportamiento normal y patológico del siglo XX en Occidente, fue descrito desde mediados de la primera década como psicoterapia, un tratamiento por el espíritu o a través del alma. Una terapéutica con medios que actuaban directa e indirectamente sobre la vida anímica. La palabra era su herramienta fundamental (Freud, 1996). Cualquier vínculo con etiología orgánica en las neurosis y en las psicosis se descartaba. Neurosis y psicosis eran enfermedades psicológicas que podían tratarse recurriendo a la palabra que portaba el sujeto sometido al sufrimiento. Con el transcurrir del siglo, este enfoque fue perdiendo el lugar que había ocupado, toda vez que la

ciencia química propuso otro modelo de intervención, sin plantear nuevos esquemas de explicación. Con los aportes de la química, los psicofármacos emergieron como el sello del siglo XX en su afán de modificar rápida y eficazmente las supuestas alteraciones emocionales.

### 3. Los psicofármacos como el sello de otra época

A partir de la experimentación molecular que permite la química, apareció el tratamiento sintético del desequilibrio anímico, como una oferta de fármacos producidos en los laboratorios, que como medicinas ayudan a remediar las manifestaciones del mundo intangible de la mente. Los psicoactivos sintéticos o psicofármacos, a lo largo del siglo XX, fueron insertándose en las costumbres de gran parte de quienes padecían y de quienes trataban los llamados desequilibrios psicológicos. La palabra como estrategia terapéutica empezó a languidecer.

Los psicofármacos emergieron como aliados terapéuticos de la psiquiatría desde comienzos del siglo XX. Los primeros fueron conocidos como sedantes o hipnóticos por sus efectos relajantes sobre el funcionamiento del organismo y las emociones. Desde finales del siglo XIX se usaban como sedantes e hipnóticos el bromuro, el cloral y el paraldehído, que desde 1903 fueron reemplazados por los barbitúricos usados masivamente hasta 1950, al descubrirse las benzodiazepinas. Aunque los barbitúricos, sustancias derivadas de la modificación molecular del ácido barbitúrico, producían síntomas severos al suspender el uso y las sobredosis fueron la causa de muchas muertes, durante cerca de cincuenta años fueron los psicofármacos preferidos para tratar desequilibrios emocionales como la ansiedad, el insomnio, la tristeza, los temores y la fatiga.

A comienzos del siglo XX, junto a los barbitúricos se usaron también las anfetaminas, una droga derivada de la planta china llamada *mahuang* o efedra, que desde tiempos remotos se ha utilizado para el tratamiento del asma. El principio activo de esta planta es la efedrina, un estimulante de las vías respiratorias. Durante las primeras décadas del siglo, la ciencia química descubrió la posibilidad de obtener sintéticamente la molécula de la efedrina, y a partir de precursores químicos se inventó la anfetamina,

una droga estimulante que produce energía, euforia y armonía. Pocos años después se descubrió en Japón la metanfetamina, una droga con propiedades semejantes.

En 1952 se observó que los pacientes tuberculosos que eran tratados con la droga iproniazida se sentían alegres cuando la ingerían. Se descubrió que inhibía la MAO o la monoaminooxidasa. La MAO es la amina que sintetiza neurotransmisores como la serotonina. Cuando su producción es alta genera efectos sobre el estado anímico al disminuir la cantidad de serotonina, lo cual puede conllevar a alteraciones emocionales como la depresión. A mayor nivel de serotonina, mayor es la probabilidad que se presenten emociones relacionadas con estados de relajación, alegría y seguridad.

Desde 1957, la investigación farmacológica produjo en los laboratorios los IMAO o sustancias químicas inhibidoras de la MAO, que tenían como base química la iproniazida, y empezaron a utilizarse en psiquiatría para tratar la depresión. Pero muy pronto aparecieron alteraciones orgánicas graves, relacionadas con la interacción de la iproniazida con la tiramina, una sustancia que está presente en los productos lácteos. El contacto entre estas sustancias producía intoxicaciones hepáticas y reacciones hipertensivas. Este intento de remedio antidepresivo fue reemplazado luego por la imipramina, el primer antidepresivo tricíclico descubierto. Con menos efectos tóxicos que la iproniazida, fue usado durante décadas para tratar la depresión por sus efectos sobre la recaptura de la serotonina y la noradrenalina.

La calma anímica que producen los antidepresivos está acompañada de efectos físicos colaterales o secundarios, como sequedad en la boca, sudoración y visión borrosa. En algunas personas pueden producir mareo, insomnio, fatiga, temblor de la lengua y de las extremidades inferiores, así como excitación psicomotora. Ocasionalmente se presentan síntomas como arritmias, taquicardia, impotencia, anorgasmia, trastornos eyaculatorios y aumento de peso. Dosis superiores a 1000 mg son altamente tóxicas, y superiores a 2000 mg son letales (Yepes, 2004).

Se han descubierto posteriormente, sobre todo a partir de 1980, antidepresivos con diferentes estructuras químicas que actúan sobre la

serotonina, la dopamina y la noradrenalina, con una toxicidad menor en el organismo. Son comunes los bicíclicos, tricíclicos, tetracíclicos y heterocíclicos, así como los inhibidores de la recaptación de la serotonina, la dopamina y la noradrenalina. Los antidepresivos se utilizan para tratar la larga lista diagnóstica de alteraciones anímicas, entre las que figuran la depresión, la ansiedad, el pánico, la angustia, las fobias, el estrés, el trastorno obsesivo compulsivo, la bulimia, la anorexia, la fobia escolar, la enuresis, la encopresis y los trastornos del sueño. Esta oferta de drogas sintéticas, en 1960 fue reforzada por la investigación química que logró sintetizar las benzodiazepinas o BZD, obteniendo drogas más seguras en cuanto a toxicidad y a efectos secundarios. Las BZD empezaron a utilizarse en el tratamiento de la ansiedad, el insomnio, los trastornos adaptativos o del ajuste, el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada, las fobias, el trastorno por estrés postraumático, la depresión y el trastorno bipolar. Los trastornos de nuestra época.

Las BZD relajan la musculatura, disminuyen la ansiedad e inducen el sueño. Dosis bajas se utilizan para tratar la angustia, la tristeza, la confusión, la desesperanza, la ansiedad y los temores. Dosis más altas tienen efectos sedantes. Generan sensación de tranquilidad y distancia del mundo externo, y aunque son las drogas sintéticas legales mejor toleradas por el organismo, pueden presentar efectos secundarios como somnolencia, desorientación, confusión y alteraciones de memoria. En algunas personas, el retiro de la sustancia puede provocar ansiedad, insomnio, inquietud, irritabilidad y tensión muscular. Son los fármacos más recomendados por los médicos no psiquiatras, situación que conlleva a que la falta de control y el desconocimiento de las condiciones del funcionamiento orgánico de cada persona, a menudo generen o agraven otras patologías.

Pero tanto, los antidepresivos como las BZD, pese a ser avalados por investigaciones farmacológicas y tener como soporte teórico los descubrimientos de la neurobiología, no superan en eficacia a otros tratamientos de las enfermedades psicológicas que no utilizan drogas, como las psicoterapias, los programas de autoayuda o las ofertas de soporte religioso. Todos son igual de eficaces. O de ineficaces. Ninguno logra eliminar los síntomas del llamado desequilibrio psicológico en la totalidad

de las personas que lo padecen. Se estima que toda oferta de tratamiento de las enfermedades psicológicas puede lograr algún tipo de modificación del sufrimiento solo hasta en el 50% de los consultantes. Además, los síntomas se repiten periódicamente sin desaparecer por completo. Con frecuencia, las personas que usan antidepresivos o ansiolíticos establecen con la consulta médica o psiquiátrica un vínculo prolongado sin que haya una curación definitiva, estableciendo una especie de dependencia del tratamiento farmacológico.

Las drogas sintéticas son la respuesta de la segunda mitad del siglo XX a las descripciones de las antiguas alteraciones del espíritu, o de la psique, o del ánimo o del comportamiento. Antipsicóticos, antidepresivos, antiepilépticos y ansiolíticos hacen parte de la oferta de drogas con las que se trata de remediar las llamadas enfermedades psicológicas de millones de personas. Son la marca occidental de la segunda mitad del siglo XX. Drogas que tienen como objetivo el milenar anhelado equilibrio del psiquismo. Los efectos de los psicofármacos son la calma de las tormentosas vivencias emocionales de usuarios contemporáneos, que afligidos por la tristeza, los temores, la ira, la culpa, el desapego y el desasosiego, entre otras emociones, dicen recuperar la alegría y la tranquilidad, una vez las moléculas de las sustancias químicas actúan sobre el funcionamiento cerebral. Al confundido yo, habitante del organismo y del complejo mundo simbólico que hemos creado, le llega el equilibrio de la mano de las moléculas sintéticas que, en muchas ocasiones, silencian su discurso y bloquean la búsqueda de la claridad deseada.

La tristeza, el insomnio, la anorexia, la bulimia, los temores, la apatía y la abulia eran sensaciones o síntomas que hacían parte de las enfermedades psíquicas que a lo largo del siglo XX dejaron de ser síntomas de los cuadros nosológicos para convertirse en psicopatologías independientes. Terminando el siglo, la depresión, por ejemplo, una alteración anímica que comparte rasgos con la antigua melancolía, y que formaba parte de los síntomas de las psicosis y de las neurosis, se convirtió en una enfermedad mental separada, con síntomas propios como la pérdida del sentido de la vida, la falta de fe en el futuro, una sensación permanente e insoportable de vacío y la incapacidad para disfrutar de los placeres que ofrece la vida.

Se ha descrito como el sello de una época llena de riesgos, de ideales desaparecidos y de consumos inútiles. Nuestra época (Chemama, 2006).

El tratamiento con las drogas sintéticas se sustenta en descubrimientos de las neurociencias, la medicina, la psiquiatría y la psicología, discursos que actualmente plantean que las psicopatologías no son el resultado de una disfunción exclusiva del cuerpo o de la mente. Desde las dos últimas décadas del siglo XX en Occidente, se considera que la división entre el cuerpo y el alma o mente o psique, entre somatogénesis y psicogénesis, es irreal. No es posible tal separación. Las enfermedades psicológicas son, para esta época y para estas disciplinas, la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. Las causas de las enfermedades psicológicas están en el cerebro así como en el psiquismo y en el entorno de las personas (OMS, 2001). El problema de esta concepción es el halo de oscuridad que aún rodea al término mente o psique. A pesar de los avances de la neurociencia, de las técnicas psicofarmacológicas, y de los modelos teóricos construidos para explicar el psiquismo o la mente, aún se desconoce qué es lo psicológico o lo mental y qué significa con precisión la categoría de enfermedad mental (DSM-IV- TR-2002).

Pero a pesar de las dificultades conceptuales para definir con certeza lo psicológico, la descripción de las enfermedades mentales se ha ampliado. Si comenzando el siglo XX las neurosis y las psicosis recogían las distintas sintomatologías psicológicas, empezando el siglo XXI estas se han fragmentado en múltiples trastornos. Actualmente, para las disciplinas del llamado campo Psi, las psicopatologías son descritas y tratadas bajo la descripción diagnóstica de múltiples categorías. Trastornos de la infancia y la adolescencia, trastornos por déficit de atención e hiperactividad, trastornos relacionados con el uso de sustancias psicoactivas legales e ilegales, trastornos depresivos, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastornos delirantes o paranoia, trastornos de ansiedad, trastornos somatoformes, trastornos disociativos, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno bipolar, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad social, fobias específicas, trastorno de ansiedad generalizada, estrés y estrés postraumático, trastornos sexuales, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos del sueño, trastornos adaptativos, entre

otros, hacen parte de una lista amplia que llega hasta un poco más de quinientos.

Terminando el siglo XX, se estimaba que 450 millones de personas en el mundo padecían algún tipo de trastorno psicológico, entre los que están considerados trastornos neuropsiquiátricos como la epilepsia, la enfermedad de Alzheimer y la esclerosis múltiple. Según cálculos de las instituciones que monitorean la salud en el mundo, la depresión aqueja a 120 millones de personas y 24 millones sufren esquizofrenia, entre otros trastornos. De esta población, de acuerdo con las proyecciones de los organismos de control, solo un bajo porcentaje solicita tratamiento (OMS, 2001).

Pero a pesar de los bajos porcentajes de solicitud de tratamiento para los trastornos psicológicos, los psicofármacos son un lucrativo mercado. En el año 2004 generaron un volumen de ventas de 20.000 millones de dólares. En Estados Unidos, el mayor comprador, la venta fue de 10.000 millones. Los antidepresivos, consumidos por 100 millones de personas en el mundo, son el fármaco más vendido después de los reductores del colesterol y de los antiulcerantes (Hernández, 2006). Se sabe que la industria farmacéutica no solo financia investigaciones y comercializa los nuevos fármacos, sino que divulga concepciones teóricas, conceptos y protocolos de tratamiento, que son aceptados por la psiquiatría como útiles verdades científicas (Medrano, 2009)

Pero las enfermedades psicológicas no son tratadas solamente con psicofármacos. También se tratan con psicoterapia o con una combinación de esta con psicofármacos. Las ofertas psicoterapéuticas abundan en Occidente. El siglo XX multiplicó las enfermedades psicológicas, las drogas para su tratamiento y también las técnicas de intervención psicoterapéutica. Existen actualmente cerca de quinientas ofertas psicoterapéuticas (Roudinesco, 2000). Además, las personas que sufren los supuestos trastornos o desequilibrios psicológicos recurren a oraciones, baños, masajes, amuletos, relajación, yoga, dietas y ejercicios para recuperar el equilibrio perdido.

En todos los remedios ofrecidos, muchas personas encuentran algún tipo de alivio, otras no reciben nada a cambio, y la gran mayoría descubre

que el llamado desequilibrio hace parte de la forma en que su cuerpo se expresa y su yo se comporta y no sienten la necesidad de tratamientos. Hemos multiplicado las teorías, las enfermedades y los tratamientos, pero, como si giráramos en el remolino de la historia, después de 2.500 años aún no sabemos qué es la mente, ni por lo tanto qué son las enfermedades mentales, ni por qué las personas se alivian sin recurrir a ningún tipo de tratamiento. Paradójicamente y a pesar de los esfuerzos teóricos y la oferta de tratamientos, la atención que brindan los psiquiatras y los psicoterapeutas es la de menor demanda entre todas las posibilidades de atención que escogen las personas. Es probable que el sujeto actual demande otra forma de abordaje de sus pesares, y que la clínica psicológica no haya escuchado con atención su lamento.

#### **4. ¿Nuevos tiempos?**

De acuerdo con lo conocido hasta ahora sobre el funcionamiento neuroquímico del cerebro, se supone que el funcionamiento de estructuras cerebrales relacionadas con las emociones como la amígdala, localizada en una parte profunda del lóbulo temporal, el de una región del lóbulo frontal denominada corteza prefrontal o ventromediana, y de otra a nivel frontal en el área motriz suplementaria y cingulada, parece estar ligado con emociones primarias o básicas como la alegría, la tristeza, el miedo, la ira, el asco y la sorpresa, que han sido fundamentales en el desarrollo evolutivo.

Además de estas emociones primarias, se han identificado también las emociones de fondo, que son el resultado de ajustes metabólicos internos y de situaciones externas que el organismo enfrenta, que se manifiestan en imperceptibles movimientos corporales, tonos de la voz, direcciones de la mirada, temperaturas, colores de la piel y estados de humor. Son reacciones orgánicas a vivencias placenteras o dolorosas. La interacción permanente y no consciente de unas y otras produce sensaciones de bienestar o malestar. De acuerdo con las investigaciones experimentales, tanto las emociones primarias como las de fondo están asociadas a sensaciones y comportamientos como la simpatía, la turbación, la

vergüenza, la culpabilidad, el orgullo, los celos, la envidia, la gratitud, la admiración, la indignación y el desdén, que las neurociencias describen como emociones sociales (Damasio, 2009). También las emociones y su correlato cerebral, según las neurociencias, parecen estar en la base de las llamadas alteraciones psicológicas o enfermedades mentales, pues los sentimientos que generan están relacionados con funciones superiores como la memoria, el pensamiento, la toma de decisiones y la atención.

Pero más allá del entramado neuronal y su constelación de emociones, es innegable que cada individuo debe realizar un esfuerzo por compaginar sus atributos emotivos de origen fisiológico y su bagaje genético tanto con las exigencias externas que le son impuestas desde el ordenamiento simbólico con el que construye los esquemas de la realidad, como con la imagen que desde su yo construye de sí mismo. Y es desde esta alianza entre las emociones, las condiciones externas y la representación de sí mismo, que se genera una construcción imaginaria y particular que cada sujeto acepta, transforma o rechaza permanentemente para poder encontrar un lugar en el mundo normativo y simbólico al que pertenece. Construcción que para muchos demanda un esfuerzo que con frecuencia sobrepasa las posibilidades de comprensión de los comportamientos propios y el de los otros, y para quienes el empeño puesto en la tarea de interpretar el mundo, termina convertido en una pesada interrogación y en una fuente incesante de sensaciones de hastío, que convierten a los proyectos de vida en oscuras manifestaciones de conductas confusas y extrañas, alejadas con frecuencia de los ideales trazados.

Interrogarse a sí mismo, prescindiendo de técnicas que amordazan la palabra conversada, es el principio de la búsqueda de claridad sobre las sombras que arrojan las instituciones y sus desbalances, o sobre las emociones y el consecuente descontrol que pueden llegar a producir, y es además iluminar el camino que conduce a reconocer las diferencias entre las posibilidades propias y los ideales que nos constituyen. Este es el lugar que debe despejar la conversación ilustrada. Este es el encuentro contemporáneo de la perspectiva neurobiológica con el entramado simbólico del lenguaje.

Las supuestas enfermedades psicológicas, como lo habían atisbado hace 2.500 años los médicos griegos, tienen sede en el cerebro. Pero lo que quizá el siglo XXI aporte al conocimiento de lo llamado psíquico, es la relación verificable de estructuras y sustancias neuronales en la producción de emociones, ideas, pensamientos, imágenes y comportamientos. Los humores que describía la medicina griega, ahora se sabe que son estructuras químicas moleculares como serotonina, dopamina, noradrenalina y una treintena de neurotransmisores vinculadas a regiones anatómicas específicas. La depresión, la fobia, la ansiedad, la angustia, el pánico y la locura, entre otros tantos supuestos trastornos anímicos que hemos inventado, más que manifestaciones de una patología, es posible que en el futuro próximo sean la característica particular con que cada organismo humano busca adaptarse al tiempo que le corresponde. Un tiempo que está humanamente tejido con las hebras del lenguaje.

Pero, a pesar de los hallazgos de las neurociencias y de los esfuerzos descriptivos y explicativos de la clínica psicológica, la mente probablemente seguirá siendo ese espacio intangible, impredecible y desconocido. Ese lugar inasible que es producto del lenguaje humano. Una producción inevitable de representaciones simbólicas e imaginarias con bases fisiológicas, con las que cada ser humano está obligado a construir la imagen de su propio cuerpo y a encontrar el lugar que la precaria realidad le ofrece. Placeres y sufrimientos atravesados por la indeleble marca del lenguaje y por la constitución biológica que porta cada cual. La mente quizá se asuma como la estrecha y a su vez distante interrelación entre el cerebro y el lenguaje. La actual clasificación de las enfermedades psicológicas, y de algunas orgánicas, dará paso a categorías existenciales posibles, a formas de ser en el mundo, donde la libertad que clama la individualidad contemporánea deberá ser cada vez más real.

Desde esta perspectiva, el presente esbozo investigativo parte de las siguientes preguntas. ¿Síntomas de los trastornos psicológicos como la depresión, la ansiedad, los pensamientos fijos, los miedos irracionales, las alucinaciones y los delirios, entre otros, no son probablemente una de las expresiones particulares del funcionamiento cerebral de cada quien? ¿Las enfermedades mentales no son los fundamentos de una característica

manera emocional de representarse el mundo y de adaptarse a él? ¿Esta construcción histórica que debe realizar cada cual, sin importar las formas en que despliegue la conducta o busque los objetos de placer, respetando los límites que trazan los propios esfuerzos que realizan los otros, puede considerarse una enfermedad? ¿No nos convierte el lenguaje y sus múltiples sentidos en extraños seres para los otros y para nosotros mismos? ¿El riguroso cumplimiento de las normas sociales que demanda el lazo social no crea al mismo tiempo la libre expresión de millones de comportamientos individuales posibles? ¿La diferencia es anormalidad?

Como habitantes de un tiempo diferente, ¿podremos aceptar que nuestros más preciados y cambiantes esquemas explicativos sobre la mente se agotaron? ¿Luego de 2.500 años de creencias en la existencia de la normalidad y la anormalidad psicológica, estamos preparados para romper con ese antiguo e inútil dualismo?; bajo nuevas premisas y desde los atributos naturales y simbólicos de lo humano, ¿No resulta más anormal la prohibición de los placeres, el interés oculto de la guerra, la inequitativa distribución de la riqueza, los intentos de subyugación, la persecución de las razas, la negación de la diversidad cultural y el apetito depredador de los recursos naturales?

Bajo estos interrogantes y de la inconclusa búsqueda de respuestas, es probable que emerjan otras posibilidades de abordar el despliegue de la emocionalidad y sus consecuencias de placer o hastío en las representaciones que cada quien hace de su propio cuerpo, y de los vínculos que teje en el lazo social que le corresponde. El esfuerzo del clínico en la conversación ilustrada, compartido con quien demanda ser escuchado, debe estar dirigido a ubicar en la trama de las representaciones individuales, la influencia de los determinismos orgánicos, así como las necesarias construcciones que nos estructuran desde el mundo simbólico. Algunas enfermedades del cuerpo y todas las alteraciones del equilibrio anímico, más que patologías, se convierten así en formas involuntarias de respuesta del cerebro a las amenazas reales o imaginarias que el sujeto se representa como señales de peligro para su estabilidad vital. Son maneras diferentes, particulares y válidas de interpretar el mundo.

## 5. Referencias bibliográficas

- Barona Tovar, Gustavo (2012). *Entre el placer y el hastío. Otra mirada al consumo, la adicción y la prohibición de las drogas*. Deriva Ediciones.
- Chemama, Roland (2006). *Depresión. La gran neurosis contemporánea*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Damasio, Antonio (2009). *En busca de Spinoza. Neurobiología de la emoción y los sentimientos*. Barcelona: Crítica.
- DSM-IV-R (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson.
- Foucault, Michel (1999). *Estética, ética y hermenéutica*. Barcelona: Paidós.
- \_\_\_\_\_. (2001). *Las palabras y las cosas*. México: Siglo XXI.
- Freud, Sigmund (1996). *Obras completas*. Psicoterapia (Tratamiento por el espíritu). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Hernández, Ángel (2006). La mercantilización de los estados de ánimo. El consumo de los antidepresivos y las nuevas biopolíticas de las aflicciones. *Revista Política y Sociedad*. Vol. 43, No. 3. Publicaciones Universidad Complutense de Madrid, pp. 43-56.
- Lacan, Jacques (1998). El seminario sobre la carta robada. En: *Escritos I*. Tomo 1. México: Siglo XXI.
- Lain Entralgo, Pedro (2005). La curación por la palabra en la antigüedad clásica. Barcelona: Anthropos.
- Medrano, Juanv(2009). Tendencias futuras en psicofarmacología. En: Salazar, Michel et al. *Tratado de psicofarmacología. Bases y aplicación clínica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- OMS. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo, 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Disponible en: [www.who.int/whr/2001\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2001_es.pdf). Consultado el
- Postel, Jacques y Quétel, Claude (1998). *Historia de la psiquiatría*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Roudinesco, Elisabeth (2000). *¿Por qué el psicoanálisis?* Buenos Aires: Paidós.
- Toro, Ricardo (2004). Ansiolíticos e hipnóticos. En: *Fundamentos de medicina. Psiquiatría*. Medellín: CIB.
- Yepes, Eduardo (2004). Estabilizadores del ánimo. En: Toro, Ricardo y Yepes, Eduardo. *Fundamentos de la medicina. Psiquiatría*. Medellín: CIB.