

A bundle of red pencils is shown against a white background. The pencils are arranged in two rows, with the top row having 14 pencils and the bottom row having 13 pencils. A hand is visible at the bottom, holding the pencil that is the 13th from the left in the bottom row. The text is centered over the pencils.

# ¿NOS ESTAMOS VOLVIENDO LOCOS?

Un viaje a los misterios de la psicología  
y a nuestras pequeñas locuras cotidianas

DAVID PULIDO

David Pulido

# ¿Nos estamos volviendo locos?



*1.ª edición, noviembre de 2016*

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea éste electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (Art. 270 y siguientes del Código Penal). Dirijase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra. Puede contactar con CEDRO a través de la web [www.conlicencia.com](http://www.conlicencia.com) o por teléfono en el 91 702 19 70 / 93 272 04 47.

© David Pulido Bedoya, 2016

© de todas las ediciones en castellano,

Espasa Libros, S. L. U., 2016

Avda. Diagonal, 662-664. 08034 Barcelona, España

Paidós es un sello editorial de Espasa Libros, S. L. U.

[www.paidos.com](http://www.paidos.com)

[www.planetadelibros.com](http://www.planetadelibros.com)

ISBN: 978-84-493-3274-6

Fotocomposición: Fotocomposición gama, sl

Depósito legal: B. 21.126-2016

Impresión y encuadernación en Liberdúplex, S. L.

El papel utilizado para la impresión de este libro es cien por cien libre de cloro y está calificado como papel ecológico.

Impreso en España – *Printed in Spain*

# Sumario

DESARMAR LA LOCURA .....	11
LA EMOCIÓN INVASORA .....	37
La depresión y sus formas imaginarias .....	42
El trastorno bipolar está de moda .....	52
La apatía y la invocación de la voluntad .....	59
La ira y la descarga .....	67
La ansiedad y la respuesta de emergencia .....	74
Los ataques de pánico y el miedo al miedo .....	87
El estrés y el desgaste inadvertido .....	100
Las fobias y el origen del miedo .....	108
EL ENEMIGO INTERIOR .....	119
El yo oculto .....	123
El control de los pensamientos y el discurso racional ...	131
Fenómenos nada paranormales .....	147
El insomnio y su paradoja .....	165
La disfunción eréctil .....	173
Las obsesiones .....	180
El trastorno obsesivo-compulsivo .....	193

EL DESERTOR INVOLUNTARIO .....	207
La asignatura de habilidades sociales .....	211
La asertividad .....	218
La locura del encasillamiento .....	224
Enamorarse y todo lo contrario .....	234
Un parón en la rutina .....	243
Una sociedad que no nos quiere cuerdos .....	254
EPÍLOGO. ¡Os estamos volviendo locos! .....	263
BIBLIOGRAFÍA .....	269

La mayoría de las preguntas que nos hacen a los psicólogos no las oímos en la consulta, sino que nos pillan a traición y de paisano; nos llegan a través de un mensaje, de una llamada o mientras nos tomamos unas copas en el bar. En cualquier tipo de evento social aparece alguien que se dirige a nosotros con un «Perdona, una pregunta, tú, que eres psicólogo...», aunque hay que reconocer que es bastante más agradecido que ser el amigo informático o el fisioterapeuta. A ninguno nos van a pagar las consultas, pero al menos nosotros no vamos a tener que dedicar una hora de nuestro tiempo libre a desmontar el ordenador de nadie o a dar un masaje en medio de la calle.

Puede que incluso nos haga parecer interesantes ante una audiencia expectante. La psicología cumple los dos criterios básicos para amenizar una velada: nos fascina y nos preocupa al mismo tiempo.

Ante la tentación de usar el conocimiento para conseguir algo de atención extra conviene recordar la imprudencia que supone querer dar pautas sin haber hecho una evaluación y una intervención rigurosa en el marco terapéutico adecuado. Si no conocemos siquiera la magnitud del problema que nos presentan podemos atentar contra la salud de la persona que de manera imprevista nos ha hecho una consulta.

Si algo hemos aprendido los psicólogos de la escasa credibilidad que a menudo tenemos como disciplina científica es que no se pue-

den emitir generalidades sin antes haber hecho una adecuada valoración psicológica. Es bastante lucrativo acudir a los programas de televisión para diagnosticar a celebridades a las que jamás hemos visto en consulta guiándonos por titulares tendenciosos o usar técnicas que han sido descartadas empíricamente para dar espectáculo. Pero por cada uso nefasto que hacemos de la profesión, tiramos por tierra un hallazgo que la ciencia ha desarrollado y que podría cambiar la vida de una persona.

Volviendo a ese bar donde tenemos pendiente a una concurrencia, no podemos hacer un análisis preciso e individual del problema que nos presentan sin el marco terapéutico adecuado, pero sí hay algo que los psicólogos podemos hacer en cualquier lugar y que tiene una enorme utilidad: divulgar, explicar qué es la psicología.

No podemos hacer un diagnóstico fiable de un problema en ese momento o explicarle exactamente lo que le ocurre. Pero sí podemos decirle lo que seguro que no tiene. No podemos aún concretar el origen del problema de esa persona y está fuera de lugar establecer objetivos terapéuticos concretos, pero le podemos hacer ver que el enfoque que puede estar llevándole a la desesperación tal vez sea erróneo y, por supuesto, animarle a empezar a afrontar su problema de manera adecuada, poniéndose en manos de un profesional.

La psicología es fascinante, sin duda, pero está tan llena de mitos, enfoques no científicos y distorsiones mediáticas que el simple hecho de descartarlos puede resultar útil para nuestro interlocutor, necesario para el avance de la ciencia y un reto para cada psicólogo, allí donde le hayan abordado con esa pregunta.

Pregunta que, formulada de manera diferente, es siempre la misma: «¿Qué me pasa?». Ciertamente las dudas que alguien pueda tener para asaltar a un psicólogo, y que le preocupan tanto que no puede esperar a plantearlas en una sesión de terapia o a consultarlas en los libros, van siempre dirigidas, con bastante angustia, a obtener un diagnóstico. Tal vez incluso antes de abordar al psicólogo ya han hecho una búsqueda en internet, manera infalible de aumentar su preocupación. La persona necesita poner un nombre a lo que le está

ocurriendo, saber que no es el único al que le sucede y, sobre todo, descartar que eso signifique que se está volviendo loco.

Esa posibilidad asusta e incomoda más que las consecuencias del problema que se pueda estar padeciendo. La persona puede estar experimentando sensaciones extrañas, bloqueos, decaimiento, desmotivación por las cosas que antes despertaban interés, pensamientos recurrentes que reducen la calidad de vida..., pero nada de eso es comparable a la posibilidad de que todo ello sean síntomas de que se está volviendo loca.

Puede que alguien haya comprado este libro para comprobar si la respuesta a la pregunta que da título al mismo es afirmativa en su caso. En el supuesto de haber acertado con un buen gancho para conseguir lectores, vamos a *hacer spoiler* o destripar el final desde esta misma página: no, no es probable que se esté volviendo loco. Pero entender por qué no es probable es aún más importante que eliminar esa angustia. Si en algún momento alguien experimenta una sensación anómala, se le cruza un pensamiento inquietante o tiene un comportamiento extraño, más importante que el hecho de descartar o confirmar un diagnóstico de cordura, será acabar entendiendo que esa premisa, ya de entrada, es errónea y alarmista.

Con esta intención haremos un repaso a los problemas psicológicos más frecuentes y su relación con la locura y la cotidianidad desde la perspectiva de la psicología científica actual. Éste no es un libro de autoayuda ni un manual de intervención. Con el deseo de no resultar demasiado técnico ni ahondar en temas complejos de manera profunda, aun a riesgo de parecer a veces demasiado audaz y superficial, este libro se presenta como una charla de esas informales que tenemos los psicólogos y que sin hacer terapia, ni proponérselo, nos ayudan a erradicar las ideas disparatadas que impedían que quien nos hizo la pregunta estuviera enfocando de manera adecuada el problema.



## El miedo a la locura

¿Por qué este terror a la locura? Sí, vamos a empezar de entrada abordando esa palabra tabú que tanto nos asusta y que solemos evitar.

La locura ha sido uno de los mayores terrores de la humanidad desde el principio de los tiempos. Prácticamente no existe un villano o un monstruo en la literatura o en el cine que no tenga un trastorno mental. Aunque en términos legales eso supusiera un atenuante para sus fechorías, si lo que se pretende es crear un antagonista temible, se le atribuye siempre algún rasgo de locura.

Curiosamente es la locura y no la maldad racional e intencionada lo que más nos atemoriza. El comportamiento de los cuerdos es previsible por muy abyectas que sean sus intenciones y carente de principios sea su moral. De hecho si hay alguien que es tremendamente egoísta, mezquino o dañino ya nos encargaremos de tildarle de psicópata, sociópata o cualquier otra cosa que suene a *thriller* de sobremesa.

De modo que cualquiera que tenga un comportamiento anómalo y que puede cruzar los límites de los principios fundamentales de la convivencia, se convierte inmediatamente en el monstruo de todas nuestras pesadillas y en el potencial culpable de los más atroces crímenes. Los locos nos desconciertan, nos asustan, porque no podemos predecir ni comprender sus acciones. Enfrentarnos a un loco es medirnos con alguien que no ha sido diseñado por los mismos patrones que el resto de los seres humanos, un ser en cuya mirada no podemos reconocernos y por tanto puede arrastrarnos a lo desconocido.

Los medios de comunicación tampoco ayudan a librarse de la lacra a los que padecen algún tipo de locura, sino todo lo contrario: arrojan constantemente datos que los asocian directamente con delitos, homicidios y suicidios. Ante un titular que nos sobrecoge, la prensa intenta, de manera automática, encontrar un diagnóstico, como si el nombre del trastorno del protagonista explicara de manera contundente lo que ha sido capaz de hacer. Los medios simplifican las causas que pueden estar detrás de un suceso utilizando el miedo histórico y global a aquellos que sufren trastornos mentales,

y de nada sirve que las asociaciones de salud mental, de afectados, familiares o profesionales desmientan una y otra vez esa correlación entre locura y crimen aportando datos estadísticos fundamentados.

Necesitamos pensar que el loco no es como nosotros, necesitamos trazar una frontera entre la gente que se comporta de manera que no podemos entender y los que nos consideramos cuerdos. Pensamos que eso nos permite alejar la locura de nuestra cotidianidad. Externalizamos esa conducta extraña convirtiéndola en algo ajeno incluso para aquel al que acusamos de tenerla. Igual que se hacía con los endemoniados hace siglos. Ellos se comportaban así porque tenían al diablo en su interior. Los puros y los piadosos, en cambio, estaban libres de ese comportamiento, y en tanto que a los poseídos se les tuviera encerrados, el mundo estaría a salvo.

Podemos pensar que hemos aprendido y avanzado desde entonces, pero es el mismo terror que hoy en día se ha actualizado en la ficción en forma de apocalipsis de muertos vivientes, donde el mordisco de uno de ellos te puede convertir en un ser descerebrado y monstruoso, a no ser que los mantengamos alejados de los humanos supervivientes.

Es muy benévolo sugerir que los prejuicios los hemos actualizado sólo en el terreno de la ficción. En la realidad, sin necesidad de encerrar a todos los que padecen trastornos, les seguimos manteniendo alejados, lo que dificulta su integración social. Estigmatizamos a la gente que tiene trastornos mentales como si fueran zombies que pudieran atacarnos y a los que conviene tener siempre detrás de las vallas. *«No pudieron evitar contagiarse, pobres, pero ya no podemos darles otra oportunidad.»*

El problema es que tratando de explicar lo que no entendíamos, establecimos una diferenciación tan nítida entre los que llamamos locos y aquellos que consideramos cuerdos que construimos un muro entre unos y otros. Un muro con unas consecuencias a ambos lados del mismo con las que no contábamos.

Por un lado, al alejar a las personas con trastornos mentales estamos impidiendo que éstas mejoren su condición. Les hemos negado

la posibilidad de que vuelvan a cruzar esa frontera, aunque, de nuevo, la evidencia científica y estadística afirme que la mayoría de las personas diagnosticadas con trastornos mentales pueden tener vidas perfectamente normales. Esta falta de humanidad no sorprende viendo lo que nos cuesta ayudar a las poblaciones desfavorecidas hoy en día, pero incluso desde el punto de vista egoísta e interesado parece bastante estúpido el hecho de colgarles la etiqueta y aislarles en vez de investigar y aprender sobre los mecanismos de la conducta humana.

Pero al otro lado del muro, en el reino de los autoproclamados cuerdos, la frontera tampoco ha traído la calma. Vivimos en una cuarentena vigilada, en el miedo a que el diablo pueda saltar sobre uno de nosotros, a que seamos infectados con la plaga zombi o a que, de alguna manera, podamos enloquecer y convertirnos en uno de ellos.

El hecho de no tener una explicación fundamentada de lo que les pasa a esas personas conlleva que tampoco podamos estar seguros de que no pueda ocurrirle lo mismo a alguien de nuestro entorno.

Nos da miedo que la locura pueda anidar en seres cercanos a nosotros. Existen muchas posibilidades de que alguien en nuestro círculo más próximo tenga algún tipo de problema psicológico, y en ese caso surge la duda de si ese hecho nos pone a nosotros en peligro. Los familiares de personas con trastornos psicológicos severos viven una situación verdaderamente dramática y una impotencia social a la hora de hacerse cargo de alguien cuya conducta no le permite una correcta socialización. Tal vez si nos ocurriera a nosotros entenderíamos lo duro que es que desde el momento en que a alguien se le diagnostica un trastorno severo todo lo que haga parezca estar explicado por la etiqueta del trastorno.

Pero podemos ir más lejos y retomar el título y el miedo con el que abrimos esta introducción. ¿Y si somos nosotros los que nos estuviéramos volviendo locos?

La literatura, el cine y la televisión, con su afán dramático de resaltar lo inexplicable y lo súbito, han contribuido a hacer creer que una persona puede de la noche a la mañana y sin causa aparente volverse loca de manera total e irreversible: «Era una persona total-

mente normal hasta que un día...», «Era un vecino muy tranquilo, nadie podría pensar que sería capaz de...». Pocas personas han aparecido argumentando lo contrario: «Por la manera como me miraba en el portal, ya sabía yo que algún día nos daría un disgusto». Y no es que las comunidades de vecinos hayan perdido la buena costumbre de espiar en la escalera, no; lo que pasa es que cuando eso ocurre sencillamente no se le da tanta importancia y nosotros mismos no nos quedamos con el dato. Que algo se vea venir, sin giro de guion inesperado, no nos apasiona tanto como convivir con un doctor Jekyll que se vuelve mister Hyde nada más abandonar el ascensor. Pero en realidad el suceso que lleva el caso a las portadas es la punta que asoma del iceberg, pero tras la cual hay una montaña de datos, información, conductas antecedentes o intervenciones psicológicas previas sobre las que no está el foco mediático.

Es cierto que desde hace unos años ha cambiado la tendencia de la alarma social. Ahora la noticia está en la incapacidad del sistema para controlar a alguien que padece un trastorno, y lo que interesa demostrar es justamente lo contrario: el sinfín de antecedentes y testigos que auguraban el desenlace sin que nadie hiciera nada por impedirlo.

El hecho de haber pasado de que un trastorno sea repentino e impredecible a que sea inevitable y progresivo sigue dejando poco margen de consuelo para dejar de temer que algo de eso pudiera sucedernos a nosotros.

El miedo a la locura es el miedo a perder el control de nuestro cuerpo. La enfermedad, en general, siempre tiene este componente angustioso de dejar de ser autónomos, de no poder confiar en nuestro organismo y necesitar la ayuda externa para realizar funciones fisiológicas cotidianas. Pero en caso de los problemas mentales, además de todo eso, es nuestro propio sistema de vigilancia el que falla, y nos va a impedir que identifiquemos la pérdida de nuestras capacidades. ¿Y si mi cabeza me engaña? ¿Y si lo que creo que es normal ya no lo es? ¿Cómo podría darme cuenta si algo está cam-

biando dentro de mí? No puedo fiarme de mis sentidos ni de mi razón ni de mis recuerdos, por eso he de estar muy atento a cualquier conducta extraña, a cualquier pensamiento desorientado o a cualquier emoción imprevista que tenga antes de que sea demasiado tarde. Podrían ser síntomas de esa enfermedad llamada locura.

En resumen: en el intento de protegernos de algo que no entendíamos, hemos acabado dotando a la locura de entidad propia, separándola del propio individuo para marcarla como algo ajeno a lo normal. Y al hacerlo, hemos creado un enemigo independiente de nuestro control al que temer constantemente por si un día aparece de manera súbita o imparable y acaba convirtiéndonos también a nosotros en aquello que en su día aislamos.

Habríamos llegado a un callejón sin salida de no ser porque el punto de partida es erróneo. Esta concepción de la locura ha sido rebatida desde la ciencia y tanto sus implicaciones como sus consecuencias están totalmente distorsionadas.

Para entenderlo debemos dejar de considerar la locura como un ente y no establecer una frontera arbitraria entre lo que es normal y lo que no lo es. Lo único que debemos apartar de nuestra sociedad es la superchería y analizar el origen de los problemas psicológicos desde una perspectiva empírica.

## **¿Cuál es el origen de mi problema?**

El paciente a menudo plantea visiones erróneas acerca del origen de sus problemas, visiones derivadas de las diferentes concepciones históricas de los trastornos psicológicos y que aún, actualmente, no han sido desechadas sino que conviven en el ideario popular, tal vez si acaso adaptadas a términos actuales para que no chirrien demasiado.

Son tres las respuestas más comunes ante el planteamiento del origen de un problema psicológico:

En primer lugar, puede ser el resultado de fuerzas ocultas ajenas a nosotros y, por tanto, fuera de mi control: hemos sustituido las hogueras purificadoras contra la posesión diabólica y el mal de ojo por curas de chacras capaces de restituir nuestro «equilibrio energético», pero actualmente se sigue creyendo en causas esotéricas que explican por qué nos comportamos de manera extraña. Es asombroso cómo la misma gente que critica que haya quien crea en santos o fantasmas siga leyendo el zodiaco a diario porque, ya se sabe, somos agua y la luna afecta a nuestros fluidos como a las mareas. Pero sin olas. O sí. Es todo bastante complicado, y, ya se sabe, «mejor tocar madera, o todo esto nos puede dar mal karma».

En segundo lugar, a medida que fuimos explorando el mundo se fue entendiendo que, tal vez, esas fuerzas paranormales no estuvieran ahí fuera, y se empezó a mirar con nuevos instrumentos donde no había mirado nadie antes: dentro de nosotros mismos. Ahí, a medio camino entre los humores de los médicos griegos y el alma de los sacerdotes cristianos, debía de existir una especie de limbo llamado inconsciente que acumulaba impasible cada trauma que me pasó cuando era un niño indefenso y que habría de darnos las claves del comportamiento humano. Intentando analizar ese rincón de la mente humana, Freud y el psicoanálisis sentaron las bases de la evaluación y la intervención psicológica. Pero a principios del siglo pasado la ciencia aún no había descubierto el funcionamiento neurológico, las bases fisiológicas del aprendizaje, o había instituido el método científico como la única vía fiable del conocimiento. Por tanto, muchas de las aportaciones del psicoanálisis son hoy en día ficción. Aun así, la contribución que hizo a la psicología y la intrigante perspectiva que plantea, muy pareja con las estructuras dramáticas de las novelas de misterio, hacen que las explicaciones de corte psicoanalítico sigan vigentes y que muchas personas, aun sin haber ido a terapia, atribuyan a sus problemas una causa interna, oculta y, de nuevo, involuntaria.

La tercera respuesta la da por fin una disciplina científica y rigurosa como es la medicina. Si la medicina ha logrado identificar las

bases fisiológicas de la gripe, medir el nivel de glucosa de un diabético o explicar cómo funciona el cerebro, también debería ser capaz de tratar de manera científica y empírica cualquier trastorno psicológico.

De hecho, hoy en día la explicación de que los problemas psicológicos son trastornos orgánicos es la más frecuente y la que más respaldo genera: hemos nacido con un determinado problema que se ha ido desarrollando a lo largo de las distintas etapas evolutivas. Los trastornos psicológicos, por tanto, tienen una predominancia crónica, son internos y se producen por alteraciones en las funciones fisiológicas. Son enfermedades, en definitiva, con las que tengo que luchar o aprender a vivir.

Sin embargo, precisamente aludiendo al método científico, el modelo biomédico aplicado a los problemas psicológicos no parece encajar con los estudios empíricos sobre el comportamiento humano.

Por lo tanto, ninguna de las tres respuestas parece poder explicar el origen de los problemas psicológicos. Lo que la investigación científica lleva estableciendo desde hace décadas es que los problemas, al igual que el resto de las conductas humanas, son aprendidos.

Estudiar los mecanismos de aprendizaje, desde el nivel celular hasta el social, permite dar una explicación coherente y contrastada al origen y el mantenimiento de los problemas psicológicos.

Es verdad que no controlamos muchas de las conductas que desarrollamos, en el sentido en que ese aprendizaje no es siempre voluntario ni existe intencionalidad a la hora de mantener dichas conductas, pero eso no significa que su explicación esté en un plano oculto del conocimiento ni mucho menos que se deba a entes ajenos a la propia persona.

También es cierto que las experiencias pasadas influyen en el desarrollo de las conductas, sean éstas problemáticas o no, pero estas experiencias no se limitan a la infancia. Si bien las etapas iniciales de nuestra biografía son importantes por la estimulación y productividad de nuevos comportamientos, una conducta problemática puede generarse en cualquier momento de nuestras vi-

das. Y no tiene por qué instalarse de manera permanente, sino que también será susceptible de cambiar a través de sucesivas experiencias.

## **Cuando la medicina se aleja del enfoque científico**

El problema, y es un gran problema, es contradecir a la medicina, disciplina que avanza siempre firme a través de la investigación. Pero es un hecho que todos los adelantos médicos no han logrado hallar las causas biológicas de los problemas psicológicos.

Es cierto que existen factores genéticos en el origen de nuestras conductas, pero las teorías innatas son muy limitadas a la hora de explicar el funcionamiento de las mismas o de predecir los problemas psicológicos que presentaremos. Es verdad que existen casos extremos donde un grave deterioro físico, una enfermedad o una intoxicación provocan grandes secuelas, donde se incluyen también consecuencias psicológicas, como en los procesos de demencia o en traumatismos craneoencefálicos. Pero ni siquiera en esas ocasiones se puede obviar la importancia de los factores ambientales, propios de la situación y de las decisiones que tome el individuo.

La ciencia ha tenido que contener las desbordantes expectativas que planteaba la genética hace unas décadas y hablar de factores de riesgo que aumentan las probabilidades de que se desarrolle un trastorno, pero no de factores determinantes. La influencia del ambiente sobre lo que antes se creía determinado por los genes es una realidad que la ciencia va desvelando.

Ni siquiera la esquizofrenia, con un carácter más crónico y de múltiples consecuencias psicológicas, o los brotes psicóticos, que suponen un salto súbito y pronunciado respecto a la conducta anterior a los mismos, podemos explicarlos como si fueran enfermedades orgánicas. Existen antecedentes conductuales y explicaciones multicausales que permiten entender mejor por qué y cuándo pueden darse estos trastornos.



Tal vez lo que más pueda sorprender es que actualmente no se hayan descubierto aún marcadores que causen o anuncien los problemas psicológicos. Podemos predecir una cirrosis o la evolución de un tumor, pero no evaluar el grado de tristeza de una persona en un análisis de sangre o determinar si va a tener miedo de los ascensores observando una radiografía. Por supuesto que existen cambios físicos mientras se producen alteraciones psicológicas, pero actualmente en la mayoría de los problemas que nos preocupan sólo podemos hablar de correlaciones, no de que se dé un proceso de causa-efecto.

Se sabe que durante un ataque de ira existe un aumento de la temperatura corporal y que cuando alguien está decaído disminuye la producción de determinados neurotransmisores, pero eso no explica por qué alguien está decaído o qué fue lo que provocó su ataque de ira. Es más, podríamos establecer la relación causal a la inversa. Cuando estoy ansioso aumenta la frecuencia cardíaca y cuando tengo miedo aumenta la ventilación pulmonar. El hecho de que exista una relación entre nuestras emociones y nuestra fisiología, una base estructural donde se producen los procesos cognitivos y una determinante influencia del estado físico de nuestro cuerpo en relación con nuestras conductas no explica por sí solo el origen de un problema psicológico.

No estamos diciendo que la ciencia no pueda explicar los problemas psicológicos, sino todo lo contrario: que en el terreno de los problemas mentales, el hecho de aplicar el modelo médico a un trastorno como si fuera una enfermedad no encuentra validez científica.

Sin embargo, hay quien se resiste a aceptar la versión científica de la psicología. No sólo porque la explicación de las conductas aprendidas dé menos juego que las explicaciones «magufas», tengan menos enjundia que las terapias humanísticas o psicoanalíticas y sean mucho menos conocidas que las etiquetas psiquiátricas. Existe un factor que une estas tres visiones que nos remite de nuevo a la manera problemática que teníamos a la hora de convivir con la locura: la existencia de un ente, independiente de la persona, que contraemos de alguna manera y que nos afecta sin que podamos re-

mediarlo. Al igual que en el contagio zombi o en una posesión demoníaca, una persona puede tener un mal de ojo por reírse de una vendedora de poemas del metro, otra puede tener un trauma desde que a los tres años empujó a su prima de la bici y otra puede tener un trastorno maniaco depresivo como toda la rama materna de su familia. De todos los ejemplos, lo más absurdo y llamativo es la palabra «tener». Tener algo implica la existencia de algo material, aunque aún no lo hayamos podido observar ni medir, y esto supone una grave contradicción en la concepción de los problemas psicológicos, tal y como iremos viendo. También concluimos de estos ejemplos que ese algo se ha adquirido de alguna manera, siendo independiente de la persona, y que nos dirige desde fuera o desde dentro; un enemigo al otro lado de la frontera imaginaria.

Las tres visiones anteriormente expuestas tienen en común que niegan cualquier tipo de control que podamos tener sobre nuestro problema, y aunque eso pueda ser atemorizante también nos exime de responsabilidad.

Parece más cómodo echar la culpa a nuestros genes o a nuestros traumas que a las decisiones que hemos tomado. Si nuestro hijo es «hiperactivo» implica que sus problemas en el aula nada tienen que ver con la manera en que le hemos educado. Si tenemos una «personalidad narcisista» no podremos evitar colgar fotos poniendo morritos frente a los espejos. ¡Es triste, pero qué le vamos a hacer!

Aunque eso signifique vernos como enfermos crónicos o nos dé una visión de seres humanos defectuosos, puede ser una oferta tentadora frente a la alternativa de aceptar que nuestros problemas no están en ningún lugar, no son entes independientes y han podido aprenderse para cumplir una función en nuestro entorno.

Los lectores que creían empezar a resolver sus angustias acaban de encontrar nuevas y desasosegantes preguntas: «¿Eso quiere decir que yo he elegido tener este problema? ¿Está insinuando que yo saco provecho de esta situación? Si no es algo que tenga yo, ¿cómo puedo deshacerme de ello? Si no está en el alma, ni en el inconsciente, ni en mi sangre, ¿dónde está la dichosa locura? Ahora ya no

sé si estoy loco, pero la verdad es que estoy confundido y algo ofendido».

## **Los problemas psicológicos no son enfermedades**

Mientras vayamos abordando los diferentes problemas psicológicos iremos contestando a las distintas preguntas sin que tengamos que explicar en profundidad la psicología conductual.

Pero para que el lector no se escandalice malinterpretando que le acusamos de fingir problemas psicológicos avanzaremos algunos puntos básicos: que las conductas problemáticas se aprendan significa que surgen de una interacción de la persona con el entorno. En algunas ocasiones priman más las conductas que hemos ido desarrollando y en otras las situaciones a las que nos enfrentamos, pero siempre hay algo que podemos hacer para mejorar la situación. Y eso no tiene que hacernos sentir culpables ni indefensos, sino que nos ha de ayudar a tomar conciencia de nuestro grado de control sobre todo aquello que nos ocurre. Por ejemplo, una persona que tiene ansiedad quizá la haya desarrollado como respuesta a un entorno demandante del que tal vez se deba alejar. Otra quizá tenga ansiedad por ser altamente exigente, pero esa manera de enfocar el mundo es aprendida y por tanto mejorable.

Esos problemas psicológicos en su momento pudieron ser funcionales. Los mecanismos de aprendizaje nos enseñan que muchas conductas, incluso aquellas que consideramos más disruptivas, pudieron cumplir una función en el pasado. Esto no significa que las provocáramos intencionadamente para conseguir beneficio o que no conlleven sufrimiento, pero es maravilloso entender este lado «práctico» de nuestro problema. Es bastante desesperante que muchos enfoques presenten al ser humano con dobleces oscuros y desajustes invisibles. Eso es interesante cuando se trata de personajes de ficción, pero en el caso de personas reales resulta mucho más gratificante que nos presenten como seres inteligentes, pragmáticos y racionales, ¿ver-

dad? Como cuando vemos que el comportamiento introvertido de una persona en la infancia le sirvió para evitar momentos de tensión en el patio del colegio o cuando descubrimos que la persona que estaba constantemente preocupada por todo, gracias a eso, ahora en su trabajo puede estar pendiente de muchas tareas importantes. Aquellas conductas las adquirimos y eso nos permitió hacer frente a situaciones difíciles, y si ahora se tornan desventajosas o se han ido convirtiendo en conductas problemáticas, ¿podemos volver a cambiarlas!

Otras conductas no se aprenden según este modelo operante y nunca supusieron una «ventaja» para la persona, sino que se adquirieron por asociaciones entre diferentes estímulos o a partir de modelos de imitación inadecuados. Pero en cualquier caso todas las conductas pueden modificarse. Está muy de moda el término «desaprender» ligado a la capacidad del hombre de reinventarse en cualquier ocasión. En efecto, la ciencia avala que en cualquier momento de su vida una persona pueda modificar o eliminar conductas y generar otras nuevas. La persona que tiene ansiedad puede luchar por tener condiciones menos estresantes, modificar sus propios pensamientos exigentes o aprender técnicas que le ayuden a relajarse.

En definitiva, que las conductas problemáticas sean aprendidas no sólo es una excelente noticia para su tratamiento psicológico, sino que, contrariamente a lo que piensan los que buscan la explicación de su comportamiento fuera de su propio control, aporta una dimensión más positiva y fascinante del ser humano.

No va a ser fácil convencer a los médicos de que enfocar los problemas psicológicos como el resto de los problemas de salud es alejarse de la línea coherente y científica del resto de las disciplinas.

Pero igualmente difícil va a ser convencer a nuestros pacientes. La figura prestigiosa del médico, la necesidad de tener un diagnóstico y la convicción social de que la medicina es siempre la mejor manera de enfrentarse a un problema, no es un inconveniente exclusivo de nuestra profesión.

Los fisioterapeutas están hartos de ver cómo sus tratamientos con respaldo científico chocan a veces con el diferente enfoque de

la lesión que puede tener un traumatólogo. Los nutricionistas hacen todo lo posible para explicar los últimos descubrimientos acerca de las dietas a un paciente que se limita a señalar lo que le recetó un endocrino. Y seguro que las maestras infantiles han deseado que al aula acudiera la pediatra que le ha dicho a la madre de un alumno que tiene un déficit de atención para que pudiera ver al niño cómo con el juego del móvil no parece distraerse ni un ápice.

En el caso de la psicología podemos cambiar el enfoque apoyándonos en tres grandes aliados: en primer lugar, las limitaciones que la propia medicina reconoce de manera honesta haber hallado; en segundo lugar, los descubrimientos que a diario y de manera empírica surgen de la investigación psicológica..., y, en tercer lugar, el propio sentido común.

## **Un diagnóstico sin fundamento**

El error de equiparar un problema psicológico a una enfermedad alcanza su máximo punto de disparate a la hora de realizar un diagnóstico. Ya hemos visto que ese diagnóstico no va a explicarnos el origen del problema, pero ¿será capaz de identificarlo correctamente para que la persona pueda ser intervenida de manera exitosa? Tampoco. Y además el mismo proceso de clasificar el posible trastorno va a ocasionar nuevos problemas al paciente.

En un intento de clasificar los numerosos trastornos psicológicos que se iban identificando, a mediados del siglo pasado, la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, la influyente APA, elabora un Manual Diagnóstico de Trastornos Mentales, el DSM, más específico que el ya existente apartado destinado a las enfermedades mentales que dedicaba el CIE o la Clasificación Internacional de Enfermedades. Pero las sucesivas revisiones, correcciones y modificaciones que sucederían a estos manuales dieron cuenta del complicado reto de intentar poner orden ante el aluvión de etiquetas diagnósticas que aparecían cuando no existía una fundamentación teórica que expli-

cara por qué surgían. Actualmente la quinta versión del DSM y la décima del CIE, siguen sin establecer esa base fundamental. Sin aparente pudor, los manuales se definen como «ateóricos». ¿Es posible imaginarse un método de evaluación en otra rama de la medicina que no base sus afirmaciones en la investigación, la experimentación o las teorías científicas?

¿Cómo intervienen entonces los manuales en las evaluaciones psicológicas? El profesional trata de identificar una serie de criterios diagnósticos en el paciente y encajarlos en los que describen cada uno de los trastornos. No es una tarea sencilla cuando dichos criterios dependen de una respuesta subjetiva del paciente, al no poder apoyarse en marcadores biológicos objetivos, que puede variar dependiendo de cómo se encuentre éste en un momento determinado, y cuando las definiciones de cada trastorno admiten términos como «si frecuentemente» o «si cumple cuatro de estos seis criterios», como si se tratara de las instrucciones de un complicado juego de mesa. Así, aparecen esos pacientes con ristras de diferentes términos psiquiátricos que van coleccionando y añadiendo a su nombre como si fueran los apellidos de un noble.

Pero más absurdo es el bucle sin sentido que supone la manera de dictaminar el diagnóstico.

Imaginemos que alguien dice que tiene una constante preocupación, irritabilidad y dificultad para concentrarse en el trabajo, lo que le está acarreado algún problema laboral. El psiquiatra, siguiendo las indicaciones del manual, llegará al diagnóstico de «trastorno de ansiedad generalizada», y si le preguntamos qué implica eso nos dirá que tenemos una preocupación constante, irritabilidad y dificultad para concentrarnos en el trabajo. Nos quedábamos como estábamos y además, al tener ahora un término, hemos pasado a tener algo. Tenemos una cosa que engloba y generaliza lo que nos ocurre, pero que no nos indica qué tenemos que hacer, y podemos cometer el error de pensar que el problema es independiente de lo que hagamos, lo cual nos generará nuevos síntomas. Volveremos a la oficina afirmando con angustia que tenemos un trastorno de ansiedad gene-

ralizada y que será mejor que cojamos la baja. Al salir, nos fijaremos en nuestra respiración por si empezamos a hiperventilar y por la noche tomaremos una pastilla para dormir esperando que los síntomas remitan con el tiempo, que no se agraven y se conviertan en el diagnóstico que estaba en la página siguiente de aquel manual y que sonaba aún más preocupante.

Una vez diagnosticado un trastorno, cuesta desprenderse de la etiqueta. Lo que nos ocurra a partir de ese momento lo atribuiremos al término. Si mejoramos entenderemos que eso ha desaparecido igual que desaparece la alergia al llegar el verano. Incluso si existen contradicciones o evoluciones inesperadas respecto a lo que cabría esperar, nos pueden variar el diagnóstico o añadir un ascendente, como se hace con el zodiaco cuando parece que un signo no acaba de acertarnos del todo en sus predicciones.

El DSM acaba reconociendo que al ser puramente descriptivo, sirve para que los profesionales clínicos puedan comunicarse de manera más simplificada; que no puede explicar patologías ni pautar tratamientos farmacológicos o psicológicos y advierte de que no puede usarse como un recetario. Pero de esta limitación de las etiquetas y los manuales como herramientas de evaluación no parece ser consciente la sociedad actual, a tenor de los cientos de diagnósticos y términos que erróneamente se oyen en los medios de comunicación. Si sólo sirve para usar una misma terminología, ¿no convendría desechar de una vez por todas los manuales clasificatorios y dejar de cosificar lo que nos pasa como si fuera una enfermedad?

## **Otras consecuencias de poner bata a los problemas psicológicos**

Tras el fiasco en el terreno teórico y la debacle en la evaluación, el modelo médico también fracasa en la intervención cuando no garantiza que al actuar sobre el organismo se solucione el problema.

La industria farmacológica ha frenado en la última década su investigación en psicofármacos; las asociaciones de psiquiatría, como la mencionada APA, insisten en que los medicamentos por sí solos no pueden solucionar el problema y recomiendan la inclusión de la psicoterapia como condición fundamental para poder ayudar al paciente. Parece que llega tarde cuando constatamos que la gente se medica de manera más frecuente y generalizada.

Es cierto que los psicólogos también nos ayudamos de los psicofármacos en ocasiones. Los medicamentos son útiles cuando alguna de la sintomatología física del paciente es tan elevada que impide que pueda realizar otros cambios necesarios para abordar su problema. La medicación debe ser un medio pero nunca un fin en sí misma, porque no estamos tratando con una bacteria o con un desajuste metabólico. Por otra parte, es cierto que los psicofármacos en la actualidad no implican que la persona renuncie a llevar una vida normal mientras los toma. Sus efectos secundarios y la dependencia que producen han sido acotados de manera muy plausible. Pero eso no evita que tomar medicación para tratar un problema psicológico es reafirmar las mismas ideas erróneas de la locura: pensar que lo que hagamos no tiene apenas peso comparado con la sustancia, aunque la investigación apunte lo contrario, creer que si estamos tomando una medicina es que estamos enfermos, y, lo peor de todo, que si mejoramos será debido al fármaco y no a los esfuerzos que hayamos hecho para solucionar el problema.

La medicina no puede tampoco tolerar que se utilicen técnicas y enfoques sin validez empírica, como algunos tipos de psicoterapia que los psiquiatras aplican o recomiendan. Debe luchar contra ellas con el mismo ahínco con que se ha levantado contra la homeopatía u otras técnicas esotéricas que campan a sus anchas por nuestra sociedad. ¿Nos imaginamos que un traumatólogo, después de vendar una mano, en vez de calmantes nos recetara rezar a santa Marta?

De momento la parte del tratamiento psicológico se encuentra en tierra de nadie, más allá de los límites conocidos, tratando el problema como si fuera una enfermedad. Y todo lo que creían complementario



tiene el mismo rigor que el saludo de despedida cuando nos recomiendan pasear o nos digan que sonriamos. No es parte del tratamiento.

La dura crítica contra el enfoque no científico de la medicina, y que se puede aplicar a muchas otras corrientes dentro de la psicoterapia, no contradice el enorme avance que se ha logrado hasta el momento en el tratamiento de los trastornos mentales, pese, o precisamente por ello, a que se los considere enfermedades.

Se ha logrado concienciar a la población sobre la existencia de diferentes trastornos. Aunque la etiqueta de enfermos los convierte en sujetos pasivos, eso también ha ayudado a que no se persiga o ataque a las personas con problemas psicológicos. Se ha dado un paso de gigante al pasar de pensar que una mujer era una histérica a verla con ansiedad, o al pasar de pensar que alguien era un desequilibrado mental a creer que tiene obsesiones.

Incluir a las personas con problemas mentales en la categoría de enfermos también lleva asociadas una serie de ventajas en la sociedad del bienestar: un protocolo sanitario, la posibilidad de recibir ayudas o de conseguir una baja laboral, por ejemplo, además de la preocupación y el cariño de las personas más cercanas —«Creí que estaba sólo alicaído, pero resulta que tiene una depresión, de las de verdad, eh, ¡diagnosticada!».

Aunque este enfoque entorpecerá la recuperación de la persona, de entrada es positivo al concienciar de la necesidad de apoyo de las personas de su entorno y al liberarla de ciertas cargas que le permitirán poder empezar a ocuparse de su situación.

Por último visibiliza el problema, convirtiéndolo en algo que nos afecta a todos: en la mesa de redacción de los medios, en las reuniones de los políticos y en los laboratorios de la comunidad científica, los trastornos psicológicos son una realidad social a la que debemos hacer frente. Sin la investigación, una correcta divulgación y medidas políticas que lo permitan, no se podrá avanzar en el tratamiento de la llamada locura. Y sin haber catalogado previamente todas estas conductas como enfermedad, tal vez no se hubiera producido la alarma social necesaria para tratar el problema.

Pero no podemos conformarnos con estas ventajas. Ahora que tenemos una sociedad superinformada y alarmada es conveniente calmarla, filtrar lo que nos llega, corregir el concepto para que se termine de desestigmatizar a las personas y, sobre todo, para que se pueda tratar el problema de una manera adecuada.

De nuevo, la medicina y su demostrada lealtad a la ciencia serán unos importantes aliados. La medicina jamás ha tenido problema en echar por tierra sus investigaciones previas y empezar con nuevos enfoques allí donde vieron que algo no estaba funcionando. Como hemos dicho, hoy en día las asociaciones de psiquiatras son especialmente críticas con la receta indiscriminada de fármacos o con el uso de los manuales de diagnóstico. Mientras tanto, las líneas de investigación se centran en conceptos como plasticidad neuronal o epigenética, que demuestran cómo los factores ambientales modifican lo que se creía totalmente inamovible por los genes. Poco a poco, el modelo dualista biomédico va ampliando miras, extendiéndose en teorías multifactoriales y buscando el apoyo de otras disciplinas que abordaron temas concretos de manera igualmente empírica.

El avance en los problemas psicológicos requiere ineludiblemente que psicólogos, médicos y otros profesionales de la salud trabajen de igual a igual y de manera conjunta y coordinada. Esperemos que cuando ese día llegue, la psicología sepa estar a la altura, sin complejos y habiendo encontrado explicación para todo lo que no puede respaldar la ciencia.

## **La inexistente frontera con la locura**

El hecho de hablar de la locura desde la cotidianidad no pretende restar gravedad al padecimiento y las limitaciones de las personas con trastornos mentales, sino todo lo contrario.

Casi todos los problemas psicológicos llevan consigo respuestas emocionales negativas y muy intensas. Existen conductas problemáticas incompatibles con tener calidad de vida, y las consecuencias

de un trastorno psicológico pocas veces afectan a una sola persona; son muchos los que tienen que convivir día a día con una situación que no comprenden y ante la que se hallan indefensos. La lucha contra el problema, un día tras otro, requiere de un enorme despliegue de coraje, tesón y apoyo...

Por eso el último objetivo de este libro sería banalizar los problemas psicológicos.

Pero hemos visto cómo convertir la locura en algo externo, independiente de nosotros y que se combate sin el respaldo científico que correspondería a un problema social de esta magnitud, sólo está sirviendo para que aislemos el problema y a quien lo padece, y para que el resto vivamos con el constante temor de acabar contrayendo ese mismo mal. Ese enfoque provoca que ante cada señal extraña que detectamos en nuestro comportamiento agravemos la situación en la que nos encontramos ante el miedo de acabar locos. Ese mismo enfoque ha hecho que se traten los problemas psicológicos como si fueran enfermedades, ignorando lo que la ciencia sabe del origen de las conductas, etiquetando los problemas de manera absurda e imprudente y estableciendo tratamientos que no son empíricos.

Por el contrario, al estudiar las bases de los trastornos, relacionándolos con nuestros comportamientos diarios, no hay un salto cualitativo entre lo que creemos normal y lo que no. En lugar de trazar una frontera vertical, se establece entonces una línea continua entre la rareza y la normalidad; un continuo que iría desde la persona teóricamente más desajustada hasta el ideal de la persona más centrada. Y en esa línea, entre unos y otros, agrupándonos en torno a la mitad de esa línea, estaríamos la mayoría de la población, con conductas que pueden escapar de la norma o sensaciones anómalas en algún momento dado. En ese continuo, y esto es clave, podemos movernos a lo largo de nuestra vida, hacia un polo o hacia otro, de una manera reversible y tranquilizadora porque tenemos un poder de cambio y de aprendizaje mucho mayor del que creemos.

Desechando la idea actual de locura y de enfermedad mental no sólo lograremos ayudar de manera más eficaz a ese porcentaje de

personas que sufren trastornos psicológicos de gravedad, sino que nos permitirá normalizar conductas muy frecuentes, y que todos alguna vez hemos realizado, e intervenir terapéuticamente en aquellas que queramos modificar de manera precisa y objetiva una vez liberados del miedo a estar volviéndonos locos.

Como dijimos antes de aproximarnos al concepto de locura y las maneras que ha habido de abordarla, el libro no pretende hacer un análisis en profundidad de cada una de las problemáticas o trastornos que mostramos a continuación, sino llamar la atención sobre cómo lo que creíamos conocer acerca de los trastornos psicológicos dista mucho de lo que la evidencia empírica apunta.

A la hora de ir desmontando los sucesivos problemas mentales para entenderlos y reconocerlos en nuestros propios comportamientos diarios, seguiremos el orden informal que se deriva de una conversación ante ese montón de preguntas con las que, «fuera de servicio» y alejados de nuestro despacho, nos encontramos. Por lo tanto, el índice de los diferentes problemas psicológicos presentados es ajeno a un conocimiento teórico del problema a priori o de los tipos de aprendizajes que los mantienen. Las personas que en ocasiones nos interrogan, a menudo lo hacen porque han tenido una sensación anómala, y alguien, a veces hasta se trata de un médico, les ha sugerido que eso era síntoma de un problema psicológico.

Otras veces entienden que su problema es mental y no saben cómo funciona la mente o hasta qué punto deben preocuparse por lo que les ocurre.

Por último habrá un capítulo dedicado a aquellos problemas que surgen en la interacción con las otras personas y la manera que tiene la sociedad de catalogarnos como diferentes.

Tal vez el título del libro no deba formularse como una pregunta que nos hayamos hecho todos alguna vez. Ya desde el inicio, jugamos con la carta boca arriba de que la locura no acecha tras cada sensación o pensamiento extraño que tenemos, porque entonces todos, en algún momento o circunstancia de nuestra vida, habríamos estado rematadamente locos. Puede que al finalizar el libro tenga-

mos totalmente clara la respuesta y podamos leer el título, no como una pregunta, sino de una manera afirmativa. Que ese «¿Nos estamos volviendo locos?» se convierta en un grito de indignación ante la falta de conocimiento que hemos tenido todo este tiempo acerca de la psicología.