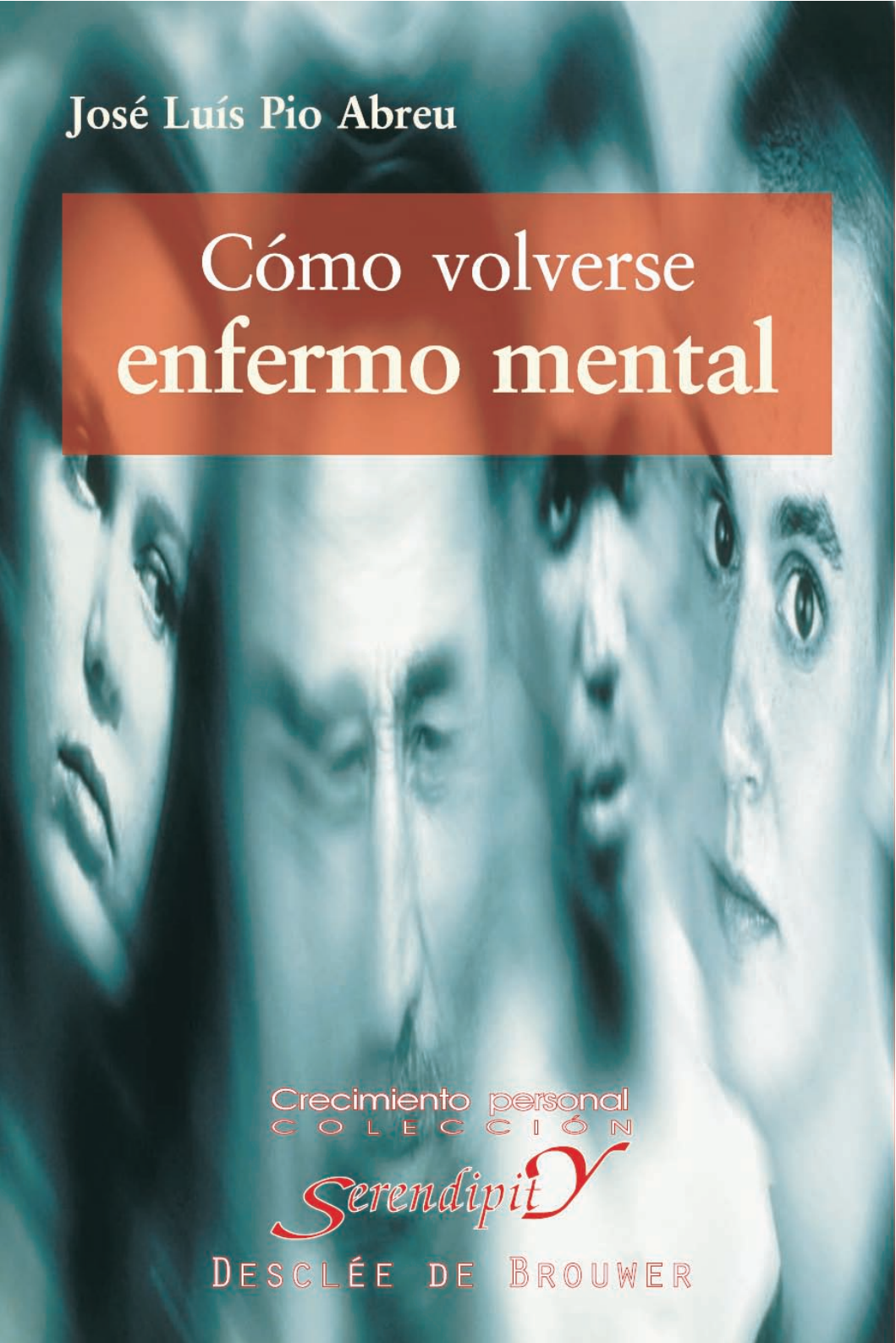




José Luís Pío Abreu

Cómo volverse enfermo mental

Crecimiento personal
COLECCIÓN

Serendipit **V**

DESLÉE DE BROUWER

CÓMO VOLVERSE ENFERMO MENTAL



José Luís Pío Abreu

91

CÓMO VOLVERSE ENFERMO MENTAL

Prefacio a la edición española por Ernesto Fonseca-Fábregas

Crecimiento personal
C O L E C C I Ó N

Serendipit 

Desclée De Brouwer 

Título de la edición original:
Como tornar-se doente mental
© Quarteto Editora, Coimbra, 2001

Traducción: Montse Fernández Prieto

Diseño de colección: *Luis Alonso*

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S. A., 2004
Henao, 6 - 48009 Bilbao
www.edesclee.com
info@edesclee.com

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con la autorización de los titulares de propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sgts. del Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

Impreso en España-Printed in Spain
ISBN: 84-330-1839-6
Depósito Legal: BI-3236/03
Impresión: RGM, S.A. - Bilbao

ÍNDICE

Prefacio a la edición española	9
Prefacio a la edición portuguesa	13
Introducción	17
Anverso	17
Reverso	20
1. Cómo volverse fóbico	25
Variante 1. Fobias específicas	31
Variante 2. Trastorno de pánico	32
Variante 3. Fobia social	35
Variante 4. Personalidad evitante	37
2. Cómo volverse paranoico	39
Variante 1. Psicosis paranoide	43
Variante 2. Delirio hipocondríaco	46
Variante 3. Delirio de celos	47
Variante 4. Erotomanía	48
3. Cómo volverse obsesivo-compulsivo	51
Variante 1. Hipocondría	60
Variante 2. Anorexia y bulimia	63
Variante 3. Parafilias	67
Variante 4. Cleptomanía y otros trastornos del impulso . .	69
4. Cómo volverse histriónico	71
Variante 1. Estados disociativos	76
Variante 2. Conversión	82

Variante 3. Trastorno de somatización.....	83
Variante 4. Psicopatía.....	87
5. Cómo volverse maníaco-depresivo.....	93
Variante 1. Enfermedad afectiva estacional.....	103
Variante 2. Depresión unipolar.....	105
Variante 3. Manía unipolar.....	108
Variante 4. Distimia y otras depresiones.....	109
6. Cómo volverse esquizofrénico.....	113
Variante 1. Hebefrenia.....	119
Variante 2. Catatonia.....	120
Variante 3. Personalidad esquizotípica.....	122
Variante 4. Otras formas y mezclas.....	124
7. Cómo no ser enfermo mental.....	127
Identidad/Cambio.....	128
Reglas/Transgresiones.....	131
Masculino/Femenino.....	134
Raciocinio/Sentimiento.....	135
Protagonista/Platea.....	137
Transparencia/Secreto.....	139
Epílogo.....	143
Bibliografía.....	145



PREFACIO A LA EDICIÓN ESPAÑOLA

W. Faulkner decía que “la mayoría de la gente es como es porque no se atreve a ser de otra manera”. Mi amigo, el Profesor J. L. Pio Abreu, a quien tuve el placer de conocer y compartir en el 2001 en Povia de Varzim, en ocasión de celebrarse allí el III Congreso Iberoamericano de Psicodrama, no sólo se atreve a “ser” de otra manera, sino a “escribir de otra manera”.

El concepto teórico clásico de MORENO, el creador del Psicodrama **ESPONTANEIDAD** (del latín *sponte*: “por propia voluntad” y/o *suo sponte*: “dejarse sorprender desde dentro”) se practica en este libro en todas sus definiciones: como una respuesta nueva a una situación antigua o una respuesta adecuada a una situación nueva. Este libro nos da una **respuesta nueva** a los clásicos tratados de psiquiatría: enseña cómo volverse enfermo mental (en portugués queda mejor: “doente mental”) en vez de intentar interpretar lo que es –y no sabemos– la enfermedad mental. Nos da también una **respuesta adecuada** a los sabedores de la psiquiatría contemporánea, una respuesta “psicodramática”, haciendo lo que yo a veces digo “lo trágico es vulgar”... cuando se trata psicodramáticamente. Y el tipo de es-



pontaneidad que encontramos en Pio Abreu es la de **ORIGINALIDAD** en el sentido de que, basándose en lo que ya se puede considerar una “**conserva cultural**”, como es la nosología psiquiátrica del DSM-IV, añade un abordaje nuevo que expresa la situación actual real de la psiquiatría: a los pacientes los categorizamos con una etiqueta diagnóstica que intentamos “meter con calzador” en unos criterios diagnósticos que no son más que fenomenológicamente descriptivos y las más de las veces culturales y con esa etiqueta intentamos –y a veces lo conseguimos por desgracia– que acaben su “carrera como enfermos”.

Los que no sólo practicamos la psiquiatría, sino también la psicoterapia, como es el caso de ambos, del Profesor Pio Abreu y de este servidor, nos encontramos las más de las veces con pacientes que intentan convencernos de “tener la razón” en la visión neurótica de su propia existencia, y nos llenan de informaciones personales que no encontramos en ningún tratado de psiquiatría, de su propio sufrimiento existencial. Además, intentan convencernos de que su visión es la “sana”, como si los demás, los que forman su “átomo social”, fueran los enfermos y, por ende, los equivocados. Y ya no se hable de los que “son traídos” a la consulta, sin un ápice de conciencia de enfermedad. Y la pregunta es ¿son enfermos? Castilla del Pino dice que “enfermo es todo aquél que acude al médico” y en el caso de la psiquiatría dicho enunciado no se cumple la mayoría de las ocasiones. En el camino de todas estas dificultades, Pio Abreu nos adentra a una psicopatología “al revés”, **¿cómo hacerse enfermo mental?**, abriendo así dicho camino a que por un lado el enfermo pueda entender mejor, en clave para mí humorística, cómo logró hacerse enfermo y por el otro que los especialistas en psiquiatría tengan un arma más para poder entresacar “la paja del trigo” en la anamnesis.

Gracias por encendernos la lámpara de este libro, Pio, en él encontrará el lector una verdadera novedad para la psiquiatría



PREFACIO A LA EDICIÓN ESPAÑOLA

contemporánea que, de una forma sencilla y corta, ilumina el campo de nuestros conocimientos.

Ernesto Fonseca-Fàbregas

Médico Psiquiatra

Presidente de la Asociación Española de Psicodrama

Sant Cugat del Vallés, Barcelona.

16 de marzo de 2002.



PREFACIO A LA EDICIÓN PORTUGUESA

¿Será la psicopatología una disciplina científica, heredera de las más rigurosas taxonomías médicas o se trata, por el contrario, de una de las mayores mentiras de la actualidad, un compendio de fenomenologías a la espera de un posterior esclarecimiento científico? ¿Existirán enfermedades mentales que se configuran al contrario de la etiología biológica? ¿No estarán en el futuro todas las enfermedades mentales catalogadas en el capítulo de las enfermedades del sistema nervioso? ¿O será que la simple designación de “enfermedad mental” constituye una referencia para la búsqueda ilusoria de una etiología neurobioquímica que, tal como irónicamente sugiere Szasz, será esclarecida en el preciso día en que comprendamos la etiología neurobioquímica del comunismo, del fascismo o de la democracia?

Los psicopatólogos contemporáneos pasan sus días atormentados por estos dilemas. Se trata, mientras tanto, para aquellos que todos los días ingresan, median y de algún modo tratan a estas personas, de cuestiones que no están en un plano meramente teórico. Se trata, es importante subrayarlo, de importantes dilemas de ética clínica.

Por todo ello el libro del Profesor Pío Abreu es un libro que nos deja con una gran inquietud. Inquietud que también es diversión al



hacernos ver irónicamente que la enfermedad mental es muy ficcionable, sin duda, la más ficcionable de todas las fenomenologías clínicas. Inquietud que también es vértigo porque al final merecerá la pena preguntar si será realmente enfermedad real, algo que tan fácilmente conseguimos ficcionar.

Tal como el Prof. Pio Abreu, también Rosenhan pensaba que no sabemos distinguir con claridad un sano de un loco y, a comienzos de la década de los 70, decidió estudiar esto en un controvertido experimento. Introdujo secretamente ocho pseudopacientes en diversos hospitales psiquiátricos. Estos pseudopacientes, que no tenían historial psiquiátrico, se presentaban a la entrevista de admisión quejándose de oír voces “vacías” y “huecas”. Además de esta vaga sintomatología, en todo lo demás, los pseudopacientes presentaban datos verdaderos de su vida. De igual modo, inmediatamente después de la admisión, todos los participantes dejaban de simular cualquier tipo de síntomas. Siete de ellos fueron diagnosticados con esquizofrenia y uno con psicosis maníaco-depresiva, fueron medicados de acuerdo con esto y sus estancias en el hospital oscilaron entre 7 y 52 días. Estos datos sólo le sorprenden a quien no tiene la tarea diaria de diagnosticar comportamientos en síndromes psicopatológicos. La facilidad con que cualquiera de nosotros, al utilizar los sistemas de diagnóstico tradicionales, cae en la identificación de falsos positivos, es inquietante. ¡Y estos pacientes ni siquiera habían leído este libro!

Todavía más curioso fue un estudio posterior en que los especialistas de otro hospital psiquiátrico, al conocer los datos del estudio anterior, dudaron de que eso fuese susceptible de replicación en su institución. Así, contrataron a un equipo de investigación que, a lo largo de los tres meses siguientes, enviaría a ese hospital varios pseudopacientes. A los miembros de la plantilla se les pidió que identificasen el grado de confianza que tenían en la autenticidad de cada paciente observado en ese período. De los 193 pacientes observados, 41 fueron identificados como pseudopacientes por al menos un miembro de la plantilla, 23 fueron identificados al menos por un



psiquiatra y 14 fueron identificados al menos por un psiquiatra y un miembro de la plantilla. Pese a esta generalizada identificación de pseudopacientes por este atento equipo, los investigadores no introdujeron ningún pseudopaciente. Este estudio muestra que somos igualmente eficaces en la identificación de falsos negativos y lo inquietante que es esta sutil separación entre “simulación” y “enfermedad mental”. ¡Y estos técnicos ni siquiera habían leído este libro!

Esta inquietud es la que creo, lleva a Pio Abreu a proponer un manual provocativo de cómo convertirse en enfermo mental respondiendo a la angustia de psiquiatras y pacientes al no conformarse con la taxonomía psicopatológica oficial: enfermos que no quieren ser tratados y aquellos que quieren ser tratados pero que no pueden serlo porque son refractarios a cualquier definición diagnóstica. De ahí que el autor después de décadas de trabajo clínico sin encontrar objeto para sus preciosos diagnósticos psicopatológicos, haya optado por una estrategia diferente, como él mismo nos confesó:

“En vez de convencer a los enfermos de que se sometan a tratamiento, voy a enseñar a las personas cómo transformarse en enfermos. Pienso que así todos quedarán contentos, y tendremos la ventaja de obtener diagnósticos más claros, según las reglas del DSM”.

Detrás de esta propuesta humorística hay una afirmación especialmente seria, la de que clínico y paciente viven dos realidades ficcionadas distintas y que hay un desencuentro esencial entre la construcción ficcionada de la psicopatología del paciente y las ficciones que sobre ella crean los clínicos. De ahí que, tal vez al final, pueda tener algún sentido socializar al paciente en nuestras construcciones imaginarias, hecho además que ha sucedido progresivamente con la creciente psicologización y psicopatologización del sentido común. Siendo Pio Abreu un reputado psicodramatista no será difícil adivinar que el alcance de su propuesta traspase los dictámenes de un relato narrativo en dirección a una propuesta de representación dramática, de un autor para un actor.

Pienso, mientras tanto, que si la radicalidad de su propuesta fuera de algún modo consumada, tal vez habría una nueva esperanza



para la intervención terapéutica. Si somos capaces de entrenar a los pacientes en la construcción ficcional de la enfermedad mental no será difícil ampliar la propuesta a la construcción ficcional de la salud mental. Y como desde luego el propio autor reconoce a este propósito “las ciencias psicológicas y psiquiátricas, en su estado actual, no están en condiciones de negar la validez de mis consejos” y añadiríamos, ni están en condiciones de hacerlo ni se pueden dar ese lujo.

El Prof. Pio Abreu es un profundo conocedor de la psicopatología, es quien más profundamente ha meditado acerca de las realidades y equivocaciones de la enfermedad mental. Su trabajo supone la continuación de importantes nombres de la psiquiatría portuguesa y está en condición de relanzar una nueva tradición y reflexión psicopatológica. Este libro revela la profundidad con que observa las cosas. Por otra parte, el Prof. Pio Abreu tiene además otra importante cualidad de la que este libro es testimonio: el coraje. Mostrarse de forma tan crítica sobre los fundamentos en que se asientan décadas de trabajo clínico es una actitud de gran coraje profesional y personal. Son estos dos ingredientes, conocimiento y coraje, los que se manifiestan en la persona y obra del Prof. Pio Abreu. Y es también gracias a ellos que la ciencia avanza, con humildad, pero sin miedo de escollos y rupturas.

Por todo ello, la obra del Prof. Pio Abreu marcará de modo indeleble la historia de la psicopatología en Portugal.

Óscar F. Gonçalves

Prof. Catedrático de Psicopatología



INTRODUCCIÓN

Anverso

Cuando, hace varias decenas de años, decidí empezar la carrera de psiquiatra, estaba lejos de saber lo que me esperaba. Estaba convencido, como muchos otros que ahora inician las carreras “psi”, que, reconociendo y diagnosticando las enfermedades mentales, sería posible tratarlas con algunos procedimientos técnicos que la ciencia había descubierto o descubriría. Pensaba que, mejorando a las personas, mejoraría la sociedad. Hoy sé que esta ilusión era alocada.

La experiencia de tratar enfermos mentales es paradójica. Por un lado, los verdaderos enfermos, aquellos que fácilmente se pueden identificar, no aceptan serlo y rechazan, por ello, el tratamiento. Generalmente acuden presionados al psiquiatra, donde inician un juego del gato y el ratón de resultado incierto. A veces lo aceptan todo, menos el tratamiento adecuado. Otras veces van equipados de tanta información irrelevante que dejan desarmado al mejor perito. Es como si la lucha por mantener su enfermedad se hubiese transformado en una lucha por la supervivencia. Y es una pena, porque los tratamientos actuales son eficaces, pero todavía no se pueden administrar por un sistema teledirigido y oculto.



Por otro lado, también existen personas que acuden libremente al psiquiatra. Lo hacen por diversos motivos, excepto por presentar una enfermedad clara, como las que se ven en todos los libros. Con buena voluntad, el psiquiatra puede obtener algunos síntomas bastante vagos y muchos problemas de la vida. No obstante, él no tiene los recursos de un mago, ni de un juez, ni de un policía, ni de un abogado, ni de un político, ni de un asistente social. Ni siquiera consiga cambiar la manera de ser de las personas, si ésa fuese la solución. Sus recursos son sólo algunas terapias para resolver enfermedades conocidas. Fuera de ello poco más puede hacer.

Existen dos respuestas posibles para estas personas. La primera, es reconocer la incompetencia y enviarlos a un abogado, un asistente social, o incluso un psicólogo. Sería la respuesta más honesta, más dolorosa para el psiquiatra y tendente a reducir su clientela. Además, el paciente acostumbra a aceptar mal esta respuesta: por alguna razón fue allí y no a otro lugar, y los otros profesionales no son tan accesibles. Un médico, el mismo psiquiatra, siempre es un médico, con su prestigio, su experiencia y la posibilidad de ser pagado por el Estado.

Falta la segunda respuesta: intentar establecer un diagnóstico, incluso sin fundamento, y aplicar la correspondiente terapia. El psiquiatra se siente útil y su paciente queda agradecido y contento (aunque el grado de satisfacción varía de acuerdo con los diagnósticos que están más de moda). Con algún esfuerzo de cooperación y adecuando las expectativas mutuas, hasta puede suceder que el paciente presente todos los síntomas correspondientes a la enfermedad diagnosticada. Como el lector verá a continuación, los criterios actuales de diagnóstico son suficientemente permisivos para que esto suceda. No obstante, como al diagnóstico le sigue la terapia, y ésta altera alguna cosa en el cerebro, también puede resultar una enfermedad diferente de la que fue diagnosticada.

Todo esto es fuente de malentendidos y frustraciones. Y además cansa, porque obliga a encuentros y desencuentros, con frecuentes cambios por ambas partes, sin que ninguno de los protagonistas ha-



ya recibido lecciones de baile. Son gastos excesivos y energías perdidas. ¿No habrá solución?

Este libro ensaya una posible solución. Si enseñamos a las personas a volverse enfermos mentales auténticos, se terminan los malentendidos psiquiátricos. Quien quiera recurrir al psiquiatra, puede presentarse con los síntomas suficientes para un diagnóstico, conforme al consenso americano del DSM-IV. Los criterios diagnósticos del DSM-IV no son un secreto para nadie, aunque los libros que los divulgan raramente explican como se llegan a conseguir. Como se verá a continuación, no es muy difícil llegar a ellos, aunque es preciso empezar pronto y, a veces, contar con la colaboración de la familia. El resultado tampoco es malo, pues se consigue una buena disculpa para las tonterías que se hacen, olvidando los problemas reales de la vida, y desaparece la difícil tarea de tratar de resolverlos. Bien aconsejado, hasta puede ganar dinero con eso.

En cuanto a aquellos que ya son enfermos, quizás quede todo igual. No obstante, pueden unir al ser enfermo la consciencia de serlo, lo que ya es un avance. Además de eso, llegan a conocer la forma de complicar irremediablemente su situación, evitando el juego del gato y el ratón con el psiquiatra, juego que no va a cambiar nada pero que supone un tremendo desgaste para todos.

Se trata de un libro para el público en general y, por ello, renuncié a un lenguaje técnico. Sin embargo, cualquier iniciado puede constatar que están aquí descritos muchos mecanismos y ocurrencias que la ciencia describe de un modo más complicado. Como se puede imaginar, estoy inmerso en esas cuestiones, pudiendo el lector contar con una actualización garantizada. Además, describo muchos pequeños trucos que no vienen en los libros pero que aprendí con los enfermos que traté. Estoy convencido de su eficacia, aunque acepto la crítica de que en la literatura científica no se habla de ellos. El lector tendrá siempre la última palabra, ya que la ciencia tampoco es el supremo juez de la verdad.

En realidad, la ciencia hace lo que puede, con la tradición y los recursos que tiene. En cuanto a la tradición, las ciencias “psi” no es-



tán abonadas, ya que tienen que afrontar innumerables preconceptos y retóricas de poder. No se olviden que estamos en el propio campo del poder (o sea, la capacidad de hacer que los demás correspondan a nuestras expectativas), por lo que no conviene que el público domine este conocimiento. En cuanto a los recursos, la investigación cuesta dinero, y quien lo proporciona son, cada vez más, las empresas privadas. Ahora bien, las empresas privadas que se interesan por este campo obtienen beneficios fabulosos por la venta de productos sofisticados y caros. No están, naturalmente, interesadas en que se descubran cosas simples que puedan destruir el negocio.

Por lo tanto, existen pocas verdades científicas sobre las enfermedades mentales. Lo que aquí digo vale tanto como cualquier otra opinión, pero garantizo que constituye el resultado de una vida de observación y reflexión. No obstante invito al lector a probar por sí mismo. Estoy convencido que los consejos que doy van a resultar. Si no, paciencia. Siendo así, considere todo esto un ejercicio de humor (sobre todo el supremo humor que consiste en reírse de uno mismo) y fantasía. El hecho de haber comprado el libro, ya no está mal.

Reverso

En realidad, la idea de escribir estos textos nació cuando trataba de explicar a los internos de Psiquiatría los mecanismos psicológicos implicados en ciertas enfermedades. En la literatura psiquiátrica disponible, estos mecanismos raramente aparecen descritos de un modo sistemático. Y cuando aparecen, están de tal modo encerrados en marcos teóricos, que se vuelven fastidiosos e incomprensibles. Como de médico y de loco todos tenemos algo, no hay cómo imaginar en uno mismo esos mismos mecanismos. Ésta es, supongo, la raíz de la comprensión. Y para entender (y tratar) a nuestros enfermos, no hay como comprenderlos.

Entusiasmado con el proyecto, empecé a entregar a alguno de mis clientes el capítulo que más interesaba a su patología. Además de ayudarme a corregir el texto, sus reacciones eran interesantes:



después de algún choque inicial, acababan por adherirse y, sorprendentemente, mejoraban. Algunos entendidos pueden percibir la racionalidad de esta mejora: se trata de la terapia paradójica defendida por Watzlawick y por la Escuela de Palo Alto¹.

Claro que no podía contar con la colaboración de cualquier enfermo. Conté, sí, con la colaboración de personas inteligentes que tuve el honor de acompañar. Aunque debo prevenir a los incautos, ya que los enfermos inteligentes son los que más rápidamente desarman a los psiquiatras en su buena intención de tratarlos. En homenaje a ellos es por lo que me arriesgo a publicar este libro. Además, como existen cada vez más personas inteligentes (aunque no se pueda decir lo mismo de otras cualidades humanas), creo que voy a tener una audiencia razonable.

Aproveché también este libro para divulgar muchos conocimientos que aprendí a lo largo de décadas de clínica psiquiátrica, y que encuentran, sorprendentemente, poco apoyo en la literatura científica. Algunos están bajo investigación actualmente, aunque lejos de consenso. Me sería imposible divulgarlos bajo el formato académico a que estoy sometido en otras publicaciones. Pero a nadie le parece mal que los divulgue en un libro tan poco pretencioso como éste. Acepto así su estatuto de meras hipótesis, que quedan como una invitación a la investigación y experimentación clínica y personal. Espero que resulten tan bien como han resultado en mi práctica. De no ser así, estoy dispuesto a admitir el error.

Para todas las enfermedades propuestas están indicados los criterios del DSM-IV que corresponden al actual consenso americano (y, como tal, generalizable a todo el mundo) para diagnóstico de las enfermedades mentales. El lector puede constatar como estos criterios son confusos, demasiado empíricos y superficiales. De hecho, los EEUU nacieron para la Psicopatología en 1980, un siglo después de su inicio en Alemania y en Francia. Todavía tienen mucho que

1. WATZLAWICK, y otros (1967); WATZLAWICK (1986); JAY HALEY (1965; 1966; 1968); WEEKS (1991).



aprender con los textos clásicos (muchos de los cuales no han sido traducidos al inglés), aunque los líderes de opinión europeos, renunciando a sus orígenes, se han alineado detrás de ellos. De aquí resulta una gran confusión y varios problemas de traducción (por ejemplo, la omnipresente palabra “disorder” se puede traducir indistintamente por “perturbación”, “trastorno” o “desorden”, aunque corresponde a la connotación europea de “enfermedad”). Así, los criterios indicados dentro de los cuadros son de la exclusiva responsabilidad de los colectivos de peritos americanos, haciendo yo lo posible y lo imposible para alinearlos con los trastornos que describo.

A pesar de todo, el orden de los cuadros que presento no corresponde a la sistematización de las clasificaciones internacionales. En realidad, resistiendo al empirismo en boga, intenté agrupar los cuadros por la afinidad de los mecanismos psicopatológicos que los causa. La propia división de los capítulos obedece a un esquema general que he propuesto en publicaciones anteriores².

Así, los primeros capítulos corresponden a los llamados trastornos neuróticos y de la personalidad, con la posible excepción de algunas formas de paranoia. Todos ellos se relacionan con los mecanismos básicos de supervivencia, la amenaza y el placer, organizados a partir del mesencéfalo de todos los animales. Los dos primeros capítulos –fóbicos y paranoides– se relacionan con las reacciones a las vivencias amenazantes, las cuales se resuelven por la lucha (cuando nuestro poder es superior a la fuerza de la amenaza) o por la huida (cuando la amenaza es superior a nosotros). No obstante, los fóbicos acaban huyendo ante amenazas ridículas, mientras que los paranoides pretenden luchar contra amenazas descomunales.

El 3º y 4º capítulos -obsesivos e histriónicos- se relacionan con las reacciones a las vivencias susceptibles de placer (vivencias apetitivas). El problema, aquí, es el posible conflicto con la consciencia, donde impera el deber. Los obsesivos, con un sentido del deber hi-

2. PIO ABREU (1997), págs. 174-180.



peractivado, luchan intensamente contra todas las hipótesis de obtener los placeres más comunes, acabando por sustituirlos por comportamientos absurdos a los que no consiguen resistir. Los histriónicos (y psicópatas), por el contrario, no consiguen resistir ningún dulce que se les presente. Se abalanzan sobre él, dando vueltas a su cabeza para desorganizar la consciencia moral.

El 5º y 6º capítulos engloban las enfermedades sagradas de la psiquiatría: la psicosis maníaco-depresiva y la esquizofrenia. Se sabe poco sobre su etiología, aunque toneladas de papel (en las revistas y libros científicos) y millones de megabites (en Internet) se le dediquen mensualmente para su esclarecimiento. Las opiniones que divulgo respetan los hechos que se observan en la clínica y se describen en la literatura más seria. No obstante, espero simplificar la cuestión al asumir, con argumentos ya publicados³, que la psicosis maníaco-depresiva es una enfermedad de los ritmos e interacción, procesados en el diencefalo humano, y la esquizofrenia una enfermedad del “esquema espacio-territorial” y cognición, procesados en el telencéfalo.

A grosso modo, me parece que este es el esquema básico de la psicopatología, con variantes, de las que describo algunas. Quedan muchas situaciones que corresponden a lesiones cerebrales primarias (epilepsia, demencias), de las que la neurología se tiene que ocupar, así como los trastornos, temporales o estables, debido al consumo de sustancias (alcohol, drogas). Aunque no se descuida la importancia de estos últimos, tanto en términos sociales, como en términos de investigación y esclarecimiento psicopatológico, entrar a ello sería una aventura sin fin, fastidioso por la cantidad de información necesaria; y poco esclarecedor por las lagunas en el conocimiento que tenemos sobre estos asuntos. Nos queda el consuelo de que lector puede encontrar muchas publicaciones que sientan cátedra sobre estos temas (y proponen medidas de actuación que no se han revelado eficaces).

3. PIO ABREU (2000), págs. 124-127.



Por las mismas razones el último capítulo –*Cómo no ser enfermo mental*– surge sólo como contrapunto a los anteriores, pero en modo alguno se trata de recetas para estar más saludable, buscar la felicidad o tener éxito en la vida. Además de no querer competir con las innumerables publicaciones sobre este asunto, no soy especialista en la materia. Como médico, me acostumbré a tratar a los enfermos y siempre me pareció un eufemismo llamar sistema de salud al conjunto de las organizaciones que trabajan con la enfermedad. Creo que la salud, la felicidad y el éxito dependen esencialmente de otras actividades e instituciones sociales y no de las terapéuticas.

El mejor desafío de este libro consistió en simplificar cosas que son aparentemente complicadas. Estoy satisfecho del esfuerzo, aunque no creo que obtenga la aprobación general de mis compañeros. La psiquiatría es un asunto bastante complejo, aunque no sé si esa complejidad resultó de las teorías hechas por los propios especialistas. Ésa es la opinión de un filósofo contemporáneo tan ilustre como John Searle⁴. Es posible que uno de los grandes esfuerzos de la contemporaneidad sea deshacer los preconceptos elaborados en el pasado.

4. JOHN SEARLE (1997), págs. 7-19.



1

CÓMO VOLVERSE FÓBICO

Objetivos a alcanzar para la agorafobia (DSM-IV)

- A. Ansiedad relacionada con lugares o situaciones de los cuales no es fácil escapar sin posible ayuda, donde se puede tener un ataque de pánico (hallarse solo fuera de casa, encontrarse en una multitud o haciendo cola, atravesar un puente, viajar en autobús, en tren o en coche).
- B. Evitación de estas situaciones.
- C. Ausencia de otra situación, incluyendo la neurosis obsesivo-compulsiva y la fobia social.

Si el lector quiere ser fóbico, hay una palabra que tiene que retirar de su diccionario: *miedo*. Si le tiemblan las piernas, sufre sofocaciones, el corazón le late insoportablemente, tiene los pelos erizados, se deshace en sudores fríos, sus ojos están desencajados, pero no tiene miedo. Tiene una fobia, un ataque de pánico (pese al estúpido nombre que los psiquiatras le dieron), una crisis nerviosa pero, miedo, nunca.

Por otro lado, quien tiene miedo huye y, por lo tanto, usted nunca huye: queda paralizado, llama a alguien, se dirige, como mucho, al hospital. Tampoco huye de lugares elevados, de los túneles, de los



supermercados, de una plaza desierta, de ciertos animales. Como mucho, evita ir a esos lugares para no tener ataques allí. Pero, incluso así, es mejor guardar secretamente tal opción, no vayan los demás a clasificarlo como miedoso. Va a conseguir obtener mil y un argumentos para convencer a los demás (y tal vez a sí mismo) de que se trata de la opción más conveniente para todos.

Admitamos que, en realidad, usted es una persona valiente, y ese es su problema. La carrera de fóbico se inicia muy precozmente, y hay quien dice que un paso esencial es haber pasado el disgusto de una separación materna. No sé si realmente es así, pero lo cierto es que un buen fóbico comienza desde pequeño a participar en aventuras temerarias, y es normal que de vez en cuando se aleje de los padres en lugar de ser los padres los que se aparten de él. Con mayor o menor aflicción sobrevive. Después de aprender que nadie muere, empieza a ir cada vez más lejos. Nunca sabe cuándo debe parar, y cada vez se va metiendo en mayores complicaciones. Si tuvo la suerte de tener una infancia así, siga con ese método a lo largo de la vida.

Las ventajas son inmensas: su vida se enriquece con nuevas experiencias y, si todo sale bien, usted nunca perderá la oportunidad de un nuevo desafío. Se convierte en una persona interesante y seductora. Pronto se convence que puede ir a por todas, que tiene el mundo a su alcance, y eso es muy estimulante. La vida es palpitante, y esas palpitaciones las siente, a veces, en su corazón, lo que lo lleva a aventurarse más. A veces, sin pensar, por decirlo así, llevado por una agradable impresión en la garganta, una fuerza proveniente del pecho, una especie de vértigo (¿serán emociones?) que le parece mágica y que pasa a orientar su vida. ¡Vaya a dónde le lleva el corazón! Físicamente también se encuentra bien: cultiva su cuerpo, hace deporte, respira con agrado el aire puro. Vive una vida sin límites y las cosas, en general, discurren bien.

A veces no van bien: se rompe una pierna, sufre una reprimenda, se mete con la policía, se envuelve en disputas. En esos momentos, bañado en lágrimas (de arrepentimiento), busca refugio en sus padres y familia. Ellos se quedan satisfechos porque tienen la oportu-



tunidad, por milésima vez, de prevenirle de los peligros de un mundo imposible. Pero eso refuerza más su atracción por la magia de ese mundo, y acaba teniendo un doble placer, el de la transgresión y el del cariño, cuando las cosas le vayan mal. Así, la familia se vuelve para él preciosa, un refugio seguro. Conserva los lazos con ella y crea un excelente clima afectivo. Pero, sin darse cuenta, se está volviendo dependiente. Aunque esa simple idea lo lleva a buscar ciegamente la independencia y a meterse nuevamente en líos. Apego o desapego, ese es su gran problema. Mientras tanto, lo mejor es no pensar en eso: meta la cabeza en la arena.

Su vida discurre como las olas: unas veces muy bien, otras menos bien, y así durante varios años. Surge un acontecimiento inesperado, o varios, porque su estabilidad no es gran cosa. Continúe, hasta que un día se cansa y resuelve optar por la estabilidad. Puede buscar cualquier cosa segura, como un empleo, aunque lo más probable es que se case. Al principio todo va a ir bien, pero prepárese para lo que va a venir.

La vida rutinaria y aburrida no es su fuerte. Si estaba preparado para andar a 200 por hora, ¿por qué tiene que seguir los límites de 50? Casa, empleo, familia, ¡qué aburrimiento! Claro que lo hace en nombre de los principios que aceptó, que los otros practican y que encuentra razonables. En primer lugar, los valores familiares que tanto aprecia. Pero no se siente bien. Empieza a suspirar (¿por nostalgia?), y eso se va repitiendo cada vez más. Acuérdesse del aire puro de antes y *suspire*, suspire cómodamente, que es este el verdadero secreto de los fóbicos.

Todo se puede precipitar de un momento a otro, pero hay cosas que son bienvenidas, sobre todo aquellas que le muestran que hay límites definitivos. Por ejemplo, si un amigo sufre un accidente, si alguien que conoce sufre un infarto, si pierde una persona querida, empezará a pensar que la vida, además de fastidiosa, también es peligrosa, tal como sus padres le habían dicho. También puede ver alguna de estas cosas en la televisión y acordarse de las antiguas confusiones. Ahora que es una persona responsable, toma todo en serio.



Es natural que empiece a preocuparse por sí mismo: se retrae aún más, y suspira por ello. Si antes era extrovertido, ahora empieza a mostrarse introvertido, por si algo malo le pudiese suceder. No debe perder de vista a los médicos, esos magos que saben eclipsar las enfermedades. Magia por encima de todo.

Si ninguna de estas desgracias le ocurre, no pierda la esperanza, y busque cualquier otra cosa por la que suspirar. Añora la vida que llevaba, las personas que conoció y las que puede conocer. Sobre todo sus almas gemelas seductoras. Entonces pruebe a dejar sus deportes favoritos y a suspirar aún más. A veces puede sentir que el aire no da la vuelta, y fuerza la respiración. Continúe, para constatar que cuanto más respira, menos suspira, ese es el verdadero camino para sus objetivos. Va a comprobar que hasta puede conseguir algún susto.

Ya le había dicho que el secreto de la fobia es el suspiro. Es ahora el momento de decir que lo que interesa no es el suspiro, sino la hiperventilación. De hecho, a medida que suspira va enriqueciendo sus pulmones y su sangre de oxígeno. Como los granujas de los pulmones se empeñan en funcionar solos, cuando existe oxígeno de más en su sangre (y anhídrido carbónico de menos), dejan de funcionar. Conclusión: su diafragma no se contrae, los reflejos se alteran y, sobre todo, el reflejo de expiración, que le da el alivio del suspiro (para los curiosos, se trata del reflejo de Hering-Breuer). En este momento, asustado como está, lo que piensa es que no puede respirar. Y trata de forzar la respiración, lo que va a complicar todo, aunque lo ayuda a obtener sus fines.

En realidad, además de que los pulmones le queden transitoriamente paralizados, usted va a modificar todo el ambiente de su organismo (para los entendidos, disminuye la acidez del medio interno por falta de anhídrido carbónico). En consecuencia, los órganos empiezan a trabajar a 100 por hora: contrayéndose y relajándose. El corazón late, los músculos tiemblan, los intestinos bullen, las arterias se contraen, provocando mareos y dolores en el pecho, la piel comienza a tener las más variadas sensaciones, como la conocida sensación de hormigueo. Tiene, entonces, muchas razones para encon-



trarse con la enfermedad que teme: si cree que va a quedarse sin aire, compruebe los pulmones (y continúe forzando la respiración); si le preocupa una enfermedad cardíaca, compruebe el corazón y los dolores en el pecho; si la preocupación es la digestión, dirija su atención a la tempestad de sus intestinos; si recela de una trombosis, compruebe los mareos y los hormigueos.

Claro que el organismo está acelerado y oxigenado con el designio de huir a siete pies (nuestro organismo fue preparado para estas reacciones automáticas). Usted siente este mismo impulso, y es el momento de pensar que se puede descontrolar y volverse loco. Pero, huir, nunca: quédese quieto y oblíguese a percibir las sensaciones, a complicar todo con la respiración, a sentir que desfallece y a imaginar que va a morir. Puede pedir ayuda, y es posible que lo lleven a un médico o a un hospital. Acaba de tener un ataque, que los psiquiatras dirán que se trata de un *ataque de pánico*.

Aunque es mejor no ir al psiquiatra y empezar antes a preocuparse por su salud orgánica. Es preferible pasar por varios curanderos o médicos poco preparados que le dirán cosas contradictorias y así le ayudarán a preocuparse más por la salud. Empiece a prevenirse: deje de hacer ejercicio para que el corazón no lata demasiado, entreténgase con los omnipresentes suspiros y, por precaución, no vuelva al lugar del crimen.

¿Al lugar del crimen, o al lugar del ataque? Discúlpenme el lapsus, aunque no fue por casualidad que saliera. En realidad, ya vimos que usted se encontraba en conflicto con la vida aburrida, pero necesaria que llevaba. Por suerte, un ataque de estos tiene muchas posibilidades de suceder en el momento en que se aventura demasiado. Puede suceder en un viaje, o al atravesar un puente, al tener un encuentro tentador, en el ambiente consumista y anónimo de un hipermercado, en el vértigo de libertad y riesgo que proporciona la cima de una montaña o de una gran plaza urbana desierta. Para mantenerse fiel a su prisión, lo mejor es evitar estas situaciones, sean demasiado obvias o sean apenas simbólicas (no se olvide que el hombre es un animal simbólico).



Además, lo mejor es prepararse para el simbolismo –ya hemos visto que usted se acostumbró a pensar poco en ciertas ocasiones– y, pura y simplemente, evitar las situaciones donde puede tener un ataque. Deje de pensar en sus problemas, porque ahora el problema es su ambiente geográfico. Deje también de aspirar a grandes vuelos, porque ahora no es que no los merezca, sino, simplemente, no puede porque está enfermo. Hábituese a salir siempre acompañado, no le vaya a suceder algo solo, pero, en realidad, esa es la mejor manera de cultivar el apego que no quiere perder.

Las cosas se complican porque el simple recuerdo de los ataques lo asusta y le produce nuevos ataques. Ahora usted ya admite que tiene miedo, pero no un miedo cualquiera: sólo es el miedo a tener miedo. Y, a la menor señal de alarma, evitará el lugar del crimen (del ataque). Poco a poco va evitándolo todo hasta el punto de no salir de casa. También perdió toda su autonomía porque no consigue hacer nada solo. Depende absolutamente del otro (probablemente de su marido o mujer) por lo que no hay riesgo de separarse. Usted que vivió la vida sin límites, queda ahora circunscrito a los límites más estrechos de su hogar. Sí así sucede, se le ha presentado la perla de las fobias: una agorafobia con ataques de pánico.

Si quiere mantenerse en esta carrera, es mejor acudir en este momento al médico o al psicólogo. Con algunos trucos que tienen, incluyendo medicamentos y relajación, le ayudan a enfrentarse progresivamente a las cosas que ha evitado. Si alguien le habla de la respiración, proteste y diga que esa teoría no es admisible por la ciencia psiquiátrica (de hecho no lo es, porque no vende comprimidos). Aunque lo más importante es que, si consigue una dependencia transitoria del terapeuta, conseguirá finalmente liberarse del apego prisionero y prepararse para nuevos vuelos... hasta la próxima. Le aconsejamos que busque ayuda competente porque, si no lo hiciese ahora, corre el riesgo de empezar, demasiado tarde, una nueva carrera mórbida -depresión, somatización, etc.- y transformarse en un tubo de ensayo de los más variados comprimidos.



Variante 1. Fobias específicas

Objetivos a alcanzar para la fobia específica (DSM-IV)

- A. Miedo acentuado y persistente desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto específico (Ej. viajar en avión, alturas, animales, inyecciones, sangre).
- B. La exposición a ese estímulo provoca una respuesta ansiosa inmediata que puede tener la forma de un ataque de pánico.
- C. La persona reconoce que ese miedo es excesivo e irracional.
- D. Las situaciones fóbicas, o se evitan, o se enfrentan con intensa ansiedad y malestar.
- E. La evitación o el malestar ante las situaciones temidas interfiere en las rutinas normales, funcionamiento profesional (o académico) relaciones y actividades sociales.
- F. Duración superior a 6 meses en los menores de 18 años.
- G. Ausencia de otras situaciones (neurosis-obsesivo compulsiva, fobia social) que expliquen mejor este cuadro.

No siempre la carrera del fóbico es completa. A veces obtiene la graduación demasiado pronto, lo que va a restar brillo a los éxitos posteriores. El problema está en detectar, desde muy joven, un enemigo principal: arañas y bichos pequeños, alturas, agua, espacios cerrados o infinitos, agujas, ciertas comidas, etc., lo que le da derecho a escoger un título de una larga lista a su disposición (*aracnofobia*, *zoofobia*, *acrofobia*, *claustrofobia*, *agorafobia*, *sitiofobia*). Detectado el enemigo principal, se pasa toda la vida conjurando un encuentro con él, lo que le proporcionará algunas reglas de comportamiento que le protegen de caer en situaciones arriesgadas.

En todo lo demás puede continuar arriesgando, aunque buena parte de sus posibilidades vitales quedan definitivamente alejadas de su horizonte. Tanto es así que ni piensa mucho en eso, a no ser que un percance o la insistencia de un amigo ignorante de sus tabús lo lleve a encuentros inesperados. Agotadas sus evasivas, ahí está el



“enemigo”, delante de sus ojos. Se trata, para la mayoría de los mortales, de una cosa banal, una ridiculez que cualquiera vence sin problemas. Para usted es una cosa sagrada, que teme pero a la vez le fascina, como si fuese una frontera franqueable de su vida. Repulsa y deseo, diría un psicólogo; para usted, continua siendo un problema topográfico, una frontera. Una frontera que tal vez pueda franquear. Cuidado, porque, si lo hiciese, no sé dónde iría a parar. Conocí un hombre que, una vez vencido el miedo a los ratones, se convirtió en matador de toros.

Para evitar franquear esta barrera, tiene la definitiva solución de los fóbicos: Suspire, respire hondo, hiperventile, y no salga del mismo sitio. No sé si es el miedo o el placer lo que le vuelve ansioso; tal vez nunca nadie lo sepa, porque usted tampoco lo sabe y por lo tanto no nos lo va a contar. Lo cierto es que la solución resulta siempre: comienza a sentir esas sensaciones (mareos, palpitaciones, hormigueos, temblores, sudores fríos, confusión) que lo llevan a desfallecer y, tanto asustan a sus amigos, que nunca más lo llevarán al mismo sitio ni le harán esas propuestas. Resuelto el asunto, puede continuar viviendo tranquilamente con su fobia y sus limitaciones.

Variante 2. Trastorno de pánico

Objetivos a alcanzar para el ataque de pánico (DSM-IV)

Situación paroxística de inquietud (10 minutos), con cuatro o más de los siguientes síntomas: **A.** Palpitaciones; **B.** Sudores; **C.** Temblores; **D.** Disnea; **E.** Sofocos; **F.** Dolor de pecho; **G.** Náuseas o malestar abdominal; **H.** mareos y/o vértigos; **I.** Despersonalización o desrealización; **J.** Miedo a descontrolarse o enloquecer; **K.** Miedo a morir; **L.** Parestesias; **M.** Sensación de calor o frío.



Así como existen fobias sin ataques de pánico, pueden existir ataques de pánico sin fobias. Eso es lo que dicen los especialistas, aunque, personalmente, yo considero que es muy difícil que una cosa viva sin la otra. No obstante, el lector es el que elige. Si quiere empezar este camino, ¿por qué no? Voy entonces a darle algunos consejos para conseguir sus objetivos.

Una de las hipótesis es tener un ataque de pánico (no olvide que, además del susto, tiene que complicar las cosas con la hiperventilación), sólo en situaciones límite cuando hace una cosa que sabe muy bien que no debe hacer. Muchos jóvenes tienen la suerte de que les suceda eso la primera vez que fuman un porro y, tal vez les vuelve a suceder si lo vuelven a intentar. Quedan con la fobia a las drogas y no las tocan nunca más. Aunque, tal cosa no es una verdadera fobia, es un comportamiento saludable. (En este libro no proponemos la carrera de drogodependiente puro porque, además de ser mucho más fácil y elemental –basta con empezar a tomar drogas– no es una verdadera carrera de enfermedad mental, sino de muerte y destrucción). Los ataques de pánico funcionan aquí (y en otras situaciones semejantes) como un freno automático que la naturaleza colocó a nuestra disposición.

No obstante, ataques de pánico aislados no provocan necesariamente una enfermedad: para el trastorno de pánico es necesario tener varios. ¿Cómo lo va a conseguir? Bien, lo mejor es empezar a preocuparse más por la salud, y mucho menos por los peligros del ambiente que le rodean. En cierto modo, usted no deja de tener una preocupación topográfica, aunque ahora pasa de la geografía del medio ambiente hacia aquella, más estrecha aún, de su cuerpo. Observe minuciosamente en su cabeza y compruebe la desconcentración que eso le proporciona, tanto los mareos como la hiperventilación (olvidando esta relación de causa y efecto): sentirse cerca de la locura o de la posibilidad de desmayarse. Concéntrese en la dificultad de respirar, preocúpese por la garganta, la sensación de falta de aire, y pensará que le va a faltar el aire (es una gran ayuda que la nariz de cuando en cuando se tapone, obligándole a forzar la res-



piración). Preocúpese además de su estómago agitado (lo consigue después de desbaratar suficientemente los gases corporales, suspirando después de comer) y sentirá que tiene diarrea o síntomas de congestión.

No es necesario decir que, en todos estos casos, se va a asustar genuinamente y llegará al descontrol, lo que le lleva a respirar todavía más y complicar todo hasta el agotamiento. Aunque hay quien asegura que no es preciso hiperventilar para tener un ataque de pánico. No sé si es así, aunque lo puede comprobar usted mismo. Le aconsejo además se preocupe por su corazón y esté atento a sus latidos. El granuja, además de poder producir infartos, se empeña en latir sólo y a veces imprevisiblemente. Compruebe cuidadosamente su ritmo, y no tardará en asustarse. Irónicamente, los especialistas llamaron reacción simpática a los antipáticos efectos del susto. Son efectos automáticos que incluyen, entre otros, taquicardia y dilatación de los bronquios... Compruebe: el corazón late cada vez más y los pulmones se inundan de oxígeno con fin de proporcionarle nuevas sensaciones y establecer un camino directo para el ataque de pánico.

Después de algunos ensayos, su cuerpo puede aprender (el cuerpo también aprende, ¿lo sabía?), los ataques se vuelven más fáciles (pudiendo tenerlos mientras duerme), la preocupación aumenta. Por precaución, reduzca su actividad (¡no se ponga a hacer gimnasia aeróbica que puede sentarle bien!), y empiece a coleccionar ataques. Diríjase al psiquiatra que lo obsequiará con un *trastorno de pánico*. No existen, por ahora, fobias ni huidas, porque usted no puede huir de su propio cuerpo. Con maestría y calmantes, el psiquiatra le tratará.



Variante 3. Fobia social

Objetivos a alcanzar para la fobia social (DSM-IV)

- A. Miedo a las situaciones sociales o actuaciones que los demás pueden observar.
- B. Ansiedad ante la exposición.
- C. Reconocimiento de que el miedo es excesivo e irracional.
- D. Evitar las situaciones.
- E. Interferencia ante las actividades normales.
- F. Durante 6 meses si la edad es inferior a 18 años.
- G. Exclusión de otro trastorno o el uso de sustancias.
- H. El miedo no se relaciona con un problema existente (tartamudear, dolor de huesos, bulimia, etc.).

Aunque la fobia social sea la nueva moda, existen varias maneras de llegar a ella. Una hipótesis es empezar con un ataque de pánico antes de hablar para un público atento y concentrado en ti. Es fácil sentir que las manos tiemblan o que la voz no sale. Después de eso, muchas personas enseñan que, para calmarnos, es preciso respirar hondo, y, como le enseñé, eso es lo que usted tiene que hacer (¡si parase de respirar podría mejorar!). Otra hipótesis es sentirse mal en medio de mucha gente y empezar a pensar que todos se van a dar cuenta de su huida. Por último, tiene la opción de aquellos ataques de pánico que le hacen revolver los intestinos. Nadie que se precie le gusta que los demás oigan el ruido de su intestino. Y mucho menos que se vuelva incontinente (el olor, vaya a saber por qué, todavía desempeña un papel importante en las relaciones humanas). Comience entonces a vigilar los socorridos cuartos de baño, aunque, no siempre están a mano, ni es un recurso muy conveniente en situaciones sociales. En todo caso empiece a evitar encontrarse con otras personas. La preocupación de esas eventualidades le aumenta más los síntomas.



Si le sucediese esto, merece toda nuestra comprensión, porque estar con otras personas es una cosa muy complicada. La relación con los demás nos da los mayores placeres y los mayores dolores. Ahí se juega el dominio y la sumisión. ¿será bueno o será malo?

Por eso nos pasamos toda la infancia interaccionando con los demás, imitándolos, o jugando con ellos. Muchas veces se trata de un juego social donde hacemos algún teatro pero, en el fondo, tenemos miedo de que nos descubran. Por eso nos avergonzamos y los intestinos se nos revuelven. Vaya a saber por qué, la sensibilidad hacia los demás interacciona con el delicado equilibrio de nuestros automatismos (simpáticos y parasimpáticos) que tienen la piel y los intestinos como principales protagonistas. Recuerde, por ejemplo, la diarrea de los exámenes, mientras le doy algunos datos: los animales delimitan el territorio con el olor de sus propios excrementos; los niños, bajo la amenaza de la vergüenza, aprenden a hacerlo en privado.

Por todas estas razones, la carrera de fóbico social se inicia muy precozmente. Es preciso, ante todo, no jugar con otros niños pero fantasear su dominio. Puede, por ejemplo, pasar sus días en una biblioteca aprendiendo trucos de magia o de hipnotismo. Ahí aprenderá cómo la forma de mirar y las manos son importantes en la interacción con los demás. Pero, por precaución, entrene su fobia: nunca mire de frente a los demás (compruebe el descanso que le produce utilizar gafas oscuras) y meta las manos en los bolsillos. Aproveche para contar las piedras del suelo y vístase como un desgraciado. No. No es para provocar a los demás. Es para vestir la piel del desgraciado, que será toda la vida.



Variante 4. Personalidad evitante

Objetivos alcanzar para la personalidad evitante (DSM-IV)

Patrón generalizado de inhibición social, sentimientos de inadecuación e hipersensibilidad a las valoraciones negativas, indicado por cuatro o más de los siguientes:

- A. Evitar actividades profesionales que requieran contactos personales significativos, por miedo a ser criticados, desaprobación o relajación.
- B. No se relaciona con personas, a menos de estar seguro de que lo acepten.
- C. Muestra restricciones en las relaciones íntimas por miedo a ser humillado o ridiculizado.
- D. Atormentarse por ser criticado o rechazado en situaciones sociales.
- E. Inhibición en situaciones interpersonales nuevas, por sentimiento de inadecuación.
- F. Se ve a sí mismo como inepto socialmente, sin encanto personal o inferior al de los demás.
- G. Naturalmente receloso a asumir riesgos personales o meterse en nuevas actividades que puedan llegar a ser embarazosas.

Por último, si quiere, evitar las amarguras y dificultades del pánico, siga la carrera del fóbico social, aunque sin exponerse ni transgredirla. Como mucho, puede probar una u otra fobia específica muy precozmente. Después frenos a fondo: nunca conecte con los demás y prepárese para una vida aislada, si es posible, dentro de su familia nuclear. Evite las palabras, al menos habladas (puede escribir poesía para el cajón). Habitúese a conquistar a los demás, no directamente, sino indirectamente: regádeles algo, haga buena comida, pinte, estudie música. Tiene la posibilidad de volverse un buen artista.

Habitúese a pensar que el mundo es imposible y que, sobre todo, las personas son peligrosas (también tiene derecho a sus para-



noias). Nunca funcione en grupo. Nunca arriesgue, y desconfíe de las oportunidades que le aparecen. Vigile bien a los demás y esté atento a la menor señal de crítica, a fin de que pueda cortar inmediatamente con ellos. Nunca acepte una relación, ni profesional, sin que tenga la certeza de ser aceptado incondicionalmente. Tenga, a pesar de todo, esperanza, porque siempre existe alguien a quien le gusta apoyar la desgracia. Sino, le queda esperar al príncipe encantado, ya que esta carrera está especialmente destinada a las mujeres.

Si quiere continuar tranquilamente en esta carrera, tiene que seguir escrupulosamente estos consejos y, sobre todo, nunca arriesgarse a otros vuelos (lo que sucedería, por ejemplo, a través de la bebida). Verá que consigue estar cada vez más sólo, y cada vez tiene menos aptitudes para estar con los demás, pero antes solo que mal acompañado. El hecho es que, si alguna vez infringe estos consejos, corre el riesgo de cambiar de rama y empezar cualquier otra carrera mórbida.



2

CÓMO VOLVERSE PARANOICO

Objetivos a alcanzar para lapersonalidad paranoide (DSM-IV)

Sospecha y desconfianza generalizada en relación a los demás, cuyos motivos son interpretados como malévolos, manifestada por 4 o más de los siguientes:

- A.** Sospechas infundadas de que los demás lo vigilan, perjudican o engañan.
- B.** Se atormenta con dudas injustificadas sobre la lealtad o confianza de amigos o socios.
- C.** Es reticente a intimar por miedo injustificado de que las informaciones puedan ser usadas malintencionadamente contra él.
- D.** Ve actitudes disimuladas o significados amenazantes en comentarios o acontecimientos inofensivos.
- E.** Mantiene un rencor persistente (no perdona insultos, injurias u ofensas).
- F.** Percibe ataques a su persona o reputación que no son perceptibles para los demás, siendo rápido en reaccionar con ira o a contraatacar.
- G.** Desconfianzas injustificadas y recurrentes sobre la fidelidad del cónyuge o compañero.



Dudo que haya, en el mundo entero, un par de personas que se relacionen asiduamente y que, una u otra vez, no se hayan ofendido (excepto con su madre o su padre, según los casos). Compruébelo por sí mismo o por las personas que conoce en su entorno. La conclusión es simple: confiar en los demás es la cosa más estúpida que existe. Aún así, los mortales insisten en confiar los unos en los otros, argumentando que no pueden vivir de otro modo. Olvidan o aceptan traiciones, no se preocupan por las injusticias. Si optó por ser paranoico, usted no es de estos. Usted es superior a todos esos miserables. Ponga la justicia en primer lugar, y tendrá, desde su punto de vista, razones de sobra para ejercerla.

Usted, la honestidad en persona, nunca será un traidor. Simplemente, está siempre vigilante y preparado para hacer justicia a la primera señal de traición ajena, a la primera mala intención de los demás o, incluso, a la mínima posibilidad de que tal suceda. Quiere esto decir que ejercerá justicia desde el inicio de cualquier relación. Si alguien pregunta por sus razones, ni siquiera le escuche, porque sólo está admitiendo que lo traicionó. Contraataque al mínimo susurro, piense y exponga la razón que le asiste (convíértase en un pesado), y prepárese para hacer justicia.

La razón y la justicia son las grandes armas del paranoico. Su razón es su justicia, porque el paranoico no está preparado para un Estado de Derecho, donde la razón se discute y la justicia está en los códigos. Para el paranoico, su verdad tiene que salir victoriosa y su justicia tiene que llevarse a cabo a toda costa, aunque espere años y años para ejecutarla. Si no consigue ejercerla inmediatamente, va poniendo a prueba la tenacidad. Tal vez entonces sea bueno, desde pequeño, pertenecer a una familia o pequeño grupo que tenga un modo de pensar distinto del resto de la comunidad, que cultive activamente sus creencias, y que interprete sus dificultades gracias a esa diferencia. Una secta religiosa o un grupo político minoritario es lo ideal.

Claro que no tiene que ser siempre fiel a la misma ideología. Puede, por ejemplo, pasarse de una familia fanática hacia un pequeño grupo de fanatismo opuesto. Si damos este consejo es para que se



pueda habituar, desde pequeño, a estar contra todo y contra todos sin desfallecer, haciendo de esa lucha su fuente de vida. Y estar, fundamentalmente, contra la autoridad establecida. Si su padre, por razón profesional o forma de ser, representa la autoridad, no es mala idea empezar por estar contra él. Usted gana siempre porque, por ley natural, él flaquea antes.

En realidad, su victoria no es inmediata, sino siempre a largo plazo. Aparentemente, hasta se pueden perder algunas batallas (incluso todas), pero lo que importa es mantener la razón. Para ello, tiene que trabajar más sobre su cabeza que sobre sus enemigos. El resentimiento y la indignación resultante de las ofensas a su orgullo le dan la fuerza suficiente para preparar minuciosamente la venganza. Lea libros que apoyen sus creencias o que le enseñen estrategias de ataque, trabaje su musculatura, practique artes marciales, colecciona armas, escriba en un diario secreto las injusticias del mundo y léalo todos los días, prepare la victoria final.

Para esto, tiene que empezar a saber estar solo, que no es malo. Además sabe que los otros no simpatizan con usted, por lo que se vuelve antipático, y comprobará como los demás se alejan, o incluso le atacan, tal como había previsto. Mientras tanto, la razón que cultivó lo convierte en un buen y convicto argumentador, sus palabras tienen la fuerza de la indignación, y algunas personas lo seguirán en su conversación. Puede aprovechar para hacerse líder de un pequeño grupo de seguidores que alentarán sus propias creencias. Pero cuanto más pequeño sea el grupo, mejor. Si se agranda demasiado y, sobre todo, si le disputan el liderazgo (si usted es líder, los demás, naturalmente, le envidiarán), provoque una división, de la que será, por supuesto, el jefe. De cualquier forma, esto sirve únicamente de entrenamiento porque lo mejor para esta carrera es quedarse cada vez más solo. Vamos a ver más adelante como usted se puede volver único y, tal vez, la persona más importante del mundo. Puede, que a veces, esté muy mal. Los demás hasta pueden decir que usted es un envidioso. Pero no. Los envidiosos son ellos, del glorioso destino que le está reservado a usted.



Estar sólo no es, naturalmente, estar aislado de las demás personas. Si así fuese, no tendría a nadie que le traicionase, no tendría a nadie con quien discutir, hasta podría olvidarse de sus razones. Algunos paranoicos se aíslan, van al campo, se dedican a cuidar animales domésticos, se rodean de máquinas y ordenadores, corriendo el riesgo de interrumpir su carrera. Otros optan por la estrategia temporal de servir sumisamente a personas de mucho poder, encargándose de los trabajos sucios que implica el poder, mientras tanto anotan las imperfecciones del jefe y se preparan para sustituirle. También están retrasando la carrera. Otros, finalmente, optan por la estrategia de la policía judicial: acompañan cordialmente a los enemigos, ayudándose de las leyes sociales, mientras secretamente van anotando sus miserias y sus infracciones. En este último caso, hasta pueden volverse los confidentes preferidos de los infractores.

Por todas estas razones, lo mejor es practicar la discreción. Escóndase, mire de lado, pero esté atento. Nunca hable de su vida, no revele sus problemas, no exprese sus deseos más íntimos. Sobre todo, no deje que nadie los descubra, principalmente si es un médico o psicólogo. No olvide que un psicoanalista está dispuesto a admitir que su problema es luchar contra una homosexualidad latente. ¿Qué es lo que usted debe hacer?: ¡Olvidarlo! Por ello, lo mejor es evitar los encuentros con esos personajes. Incluso, hasta puede admitir por segundos que tiene algún defecto. Si es así, piense que el otro también tiene ese defecto y, para convencerse, dígaselo inmediatamente a la cara. Va a comprobar como él lo admite o lo niega estrepitosamente, lo cual es una forma de esconderlo. Entonces, se sentirá aliviado y subirá unos puntos su orgullo, que puede ser la última cosa que le queda.

Un problema que tiene que acostumbrarse a resolver, es el de sus sentimientos. En esta vida de enfrentamientos, luchas, traiciones y humillaciones, con una victoria siempre aplazada, sería natural que su pecho se llenase de emociones negativas: resentimiento, rencor, rabia, envidia, celos, todo podría pasar. ¿Cómo vivirá con eso sin tener un infarto u otra mala enfermedad? Tal vez lo mejor sea librarse



de sus emociones, transformándose en una verdadera máquina de reaccionar. Y la mejor reacción, después de que le aflore uno de esos sentimientos, es situarlo de inmediato en las demás personas. Acostúmbrese a ver a los demás como envidiosos, celosos, coléricos, resentidos, malintencionados y no pierda ninguna oportunidad de dárselo a entender. Como respuesta, ellos pierden el control y se vuelven peores que usted. Eso le proporcionará un gran alivio y nuevas razones para justificar su comportamiento.

Mientras tanto, usted no es todavía un verdadero paranoico. Sólo está preparado para los destinos que le voy a exponer. Por si acaso, hasta se puede volver jefe de una secta religiosa o de un grupo político radical. Siempre hay personas a la búsqueda de certezas y usted las tiene de sobra para dar y vender. Mientras, si quiere estimular su carrera, lea algunas cosas de la sección de esquizofrenia. Otra alternativa es ir confundiendo sus neuronas con drogas lícitas o ilícitas (una prohibición en cada grupo: neurolépticos y heroína), o sino empezar con bebidas alcohólicas.

Variante 1. Psicosis paranoide

Objetivos a alcanzar para el trastorno psicótico breve (DSM-IV)

- A.** Presencia de uno o más de los siguientes síntomas: **1)** ideas delirantes; **2)** alucinaciones; **3)** discurso desorganizado.
- B.** La duración del episodio es superior a un día aunque inferior a un mes, con retorno al funcionamiento anterior.
- C.** No se da como resultado de un trastorno del humor o esquizofrenia, ni es directamente causado por las drogas.

Como hemos visto, el paranoico tiene algunas posibilidades para mantener la carrera en *stand by*. Así, el apogeo puede surgir tardíamente, cuando aparece una oportunidad que no se compadece con



su reserva habitual. Puede ser en el trabajo, por ejemplo, con ocasión de sustituir al jefe a quien estuvo sometido durante años. También puede ser cuando sus compañeros se sobrepasan preguntando acerca de sus sentimientos, o cuando existe un problema con los vecinos o familiares. Por lo general, una ocasión propicia es el cambio de domicilio o la entrada de intrusos en su territorio. No desaproveche estas oportunidades, ya que seguirá una escena grandiosa con policía, tribunales y medios de comunicación social. Hasta puede acabar en tragedia.

Hasta ahí, nunca perdió. Bien, a veces parecería que sí, pero fue, en realidad, una estrategia asumida, una venganza aplazada o un episodio desvalorizado. Transformar las derrotas reales en victorias imaginarias siempre fue su especialidad. Esta vez, además, la cosa es más seria y exige un esfuerzo adicional. Tiene que enfrentarse a enemigos más poderosos, y el problema tiene que salir de su dominio privado hacia lo público. El traidor (o los traidores) tienen que ser desenmascarados ante todo el mundo. Va a utilizar todos sus recursos, estudia el problema (y, tal vez, las leyes), no piense en otra cosa, ni siquiera duerma. Intente movilizar aliados, aconséjese con otras personas. Tal vez se relacione con personas a las que nunca había prestado atención y por lo tanto nunca lo traicionaron. Incluso, algunas, usted sólo las conocía de breves encuentros ya que tienen posiciones socialmente visibles. Ahora van a ser de mucha ayuda. ¡Búsquelas!

No obstante, ya se sabe. Ellos, en principio, lo escucharán con toda deferencia, pero pueden poner objeciones o negarse a restituir de inmediato la justicia. Ahí está la prueba de la traición y de la complicidad con sus enemigos. ¿Qué hacer entonces? Apelar más alto y, una vez más, se repetirá la escena. Poco a poco usted coleccionará cada vez más enemigos, hasta tener a todo el mundo en contra. Una conspiración que tiene el tamaño de su universo. Puede traspasar su tierra e incluso las fronteras de su país. Todo el mundo en su contra, y usted con la razón. ¿Ve cómo se volvió importante?



Es en esto en lo que va a pensar noche y día. Intenta comprender, informarse sobre agencias secretas y ciencias ocultas, esquematice conspiraciones, invente teorías. ¿Y por qué no inventar la verdadera teoría?, ya que es usted quien hace mover el mundo en su contra y es, por lo tanto, la persona más importante en la faz de la tierra. Como ya tiene experiencia buscando señales que le confirmen lo que piensa, ahora buscará las señales que le confirman su teoría. Fíjese en la boca del locutor de televisión, del modo extraño en que aquella noticia está escrita en el periódico, la conversación disimulada que aquellos dos extraños tuvieron, en el ademán fingido con que el presidente de EEUU inició su discurso. Todo son señales de la gran conspiración, que ellos tratan de ocultar pero que usted va descubriendo. Pruebe también a hacer exámenes: visitas sorpresa, marcas en las cerraduras, buscar en las papeleras, señales de tiza en el suelo. Siempre encontrará los indicios de la traición.

Este proceso puede llevar años o ser sorprendentemente rápido, todo depende de su estrategia de huída y ataque. No obstante, siempre llegará un momento en que las cosas alcancen el paroxismo. Usted está cansado, dejó de dormir, mezcla los sueños con la realidad, lo mezcla todo, comienza a ver y oír cosas, a tener sueños en plena vigilia. Si empieza a beber o a tomar medicamentos, mejor todavía. Le pueden suceder las cosas más fantásticas, desde extraños viajes hasta los encuentros más imprevisibles. ¡Es la guerra! Si no lo llevan al hospital, aún puede recurrir a su colección de armas y cometer un acto desesperado. Si fuese al hospital, intentarán darle medicamentos que rechazará porque, como había previsto, están intentando envenenarlo.



Variante 2. Delirio hipocondríaco

Objetivos a alcanzar para el trastorno delirante (DSM-IV)

- A. Ideas delirantes no bizarras (en torno a situaciones de la vida real, tal como ser perseguido, envenenado, infectado, sufrir una enfermedad, ser amado a distancia o engañado por el cónyuge o amante, o una mezcla de todas).
- B. No cumplir los criterios importantes para la esquizofrenia (estando, a pesar de todo, presentes las alucinaciones cines-tésicas u olfativas).
- C. Aparte de los resultados de las ideas delirantes en su vida, el funcionamiento en otras áreas no está alterado, y el comportamiento no es demasiado extraño ni bizarro.
- D. Si ocurriesen episodios de alteración del humor, su duración sería menor con relación a la duración de las ideas delirantes.
- E. El trastorno no se debe a efectos directos de una sustancia.

Tipo somático (delirio hipocondríaco). Los criterios anteriores relacionados con la convicción delirante que se sufre de un defecto físico o de una enfermedad orgánica.

Una alternativa al desenlace de su paranoia es imaginar una enfermedad que nadie tiene. Tiene que ser una cosa muy especial, como un parásito que le corroe los huesos de la cara, que nació en el interior de los intestinos, la nariz deformada o un problema grave relacionado con la vista (lea más en la sección de obsesivos para ver cómo se provocan estas enfermedades). Por supuesto, han sido sus enemigos, no se sabe por qué medios, los que le provocaron estos daños. Para ello, utilizarán, evidentemente, las entradas del cuerpo, por lo que es obligado vigilar todos los agujeros de su organismo (nariz, ojos, orejas, boca, genitales, ano). Impedirá así su gloriosa lucha. Mientras tanto, usted continúa siendo la persona más importante del mundo por ser víctima de tal desgracia nunca vista.



Este desenlace está especialmente indicado para aquellos que han tenido problemas con los médicos. Y eso es fácil, porque los médicos tienen la obligación de no dejar morir a las personas, pero, al final, las personas mueren en sus manos (aquí, entre nosotros, ¿no será a propósito?). Además, los médicos son personas generalmente importantes. Si usted tiene problemas con ellos, buscará la forma de fastidiarles la vida. Pero, primero vaya a una consulta.

En realidad el médico quedará perplejo con sus síntomas y, una de dos: o le trata mal (se ríe de usted, sugiere que no le duele, se niega a creer), o se dispone a hacer cualquier cosa, generalmente análisis o intervenciones poco comunes. Si le trata mal, es la ocasión para empezar a desacreditarlo ante otras personas, ante los médicos a los que acude continuamente, ante los medios de comunicación social o los tribunales, de acuerdo con sus recursos. Si él se dispone a hacer cualquier cosa (por lo general una cirugía), haga lo que le mande para descubrir que eso sólo puede agravar sus problemas, y todo seguirá igual.

Puede tener derecho a grandes estancias en los hospitales, a contactar con el secreto de las tecnologías más complicadas y, hasta, a algunas operaciones extra. Si tuviese esa suerte, puede exhibir las cicatrices como señales de la conspiración de la que fue víctima. Como siempre, en las hipocondrías, debe tener a mano una enciclopedia médica. Aunque también puede esforzarse para pasar su vida en los hospitales. Va aprendiendo, y siempre es una estupenda oportunidad para constatar la falta de justicia que pesa sobre la humanidad.

Variante 3. Delirio de celos

Objetivos a alcanzar para el delirio de celos (DSM-IV)

Todos los criterios del trastorno delirante, relacionados con la convicción inargumentable y resistente a los hechos de que su pareja le es infiel.



Si se casa o tiene una pareja sexual (puede sucederle a cualquiera), pronto va a desconfiar de su mujer (o marido). En realidad, ¿cómo lo va a soportar y no se va a dejar seducir por otra persona? Sólo hay una solución: átela, discuta, vigile todos sus pasos y exíjale que confiese. No tardará en encontrar señales de traición. Seguramente, puede tener la suerte que ella, harta de los malos tratos y de pensar en la posibilidad de la traición, en realidad, lo traicione. En ese caso, usted se puede desinteresar del asunto, una vez que las cosas están claras y ya no tiene que devanarse los sesos. Si quiere mantener una paranoia de celos, es bueno haber encontrado uno de esos cónyuges que le son incondicionalmente fieles.

Parece que los celos forman parte de la biología humana. Aunque lo que usted busca, no es apaciguar los sentimientos, es tener la certeza de la traición. Si la tuviese, se acabaría el asunto. Si no... Ahí está el problema. Y ese problema puede ser tan importante que será una buena oportunidad para retomar una carrera olvidada de paranoico, o para empezar esta carrera tardíamente. Si quiere optar por esta opción tardía, tal vez encuentre sus propias soluciones. Pero, si es un hombre, tengo un consejo que darle: empiece a beber. Dicen que el alcohol aumenta el deseo pero reduce la *performance* sexual, de ahí el delirio de celos agravado por la confusión. Pruebe.

Variante 4. Erotomanía

Objetivos a alcanzar para la erotomanía (DSM-IV)

Todos los criterios del trastorno delirante, relacionados con la convicción delirante de que otra persona, generalmente de status socio-económico superior, tiene una pasión por el sujeto.

Ya vimos que el paranoico se vuelve, al final de su larga carrera, la persona más importante del mundo. Puede quemar etapas, sobre todo si es mujer. Tiene a su disposición la variante erotomanía. ¿Qué



es eso? –Un amor. No es un amor sentido (no confundir con pasión, mucho menos, pasión platónica). Es un amor percibido, pues ya hemos visto que a usted no le interesan los sentimientos, ni las dudas, pero sí, las certezas (las certezas que sólo son suyas y de nadie más). Es un amor que domina toda su vida y que le convierte en la persona más importante del mundo gracias al personaje que le ama.

Para conseguirlo tiene que hacer alguna cosa. Tiene, antes de nada, que entrenarse en la carrera paranoide, considerando que su victoria final es ser amada por un importante personaje. Él tiene que ser una persona muy especial, preferentemente un político que sea presidente. Aunque también podría ser un cantante *pop* o cualquier personaje que aparezca en público. Comience por escribirle; es posible que reciba una carta de agradecimiento (que tal vez usted nunca lo sepa, pero puede ser escrita por la secretaria). Después encuéntrese con él de lejos, varias veces. Con la necesidad de crear buena impresión en el público, no le dejará de sonreír y tal vez de saludar. Es la prueba del gran amor que siente por usted. Si llega a hablar con él, aunque breves segundos, tal vez le agradezca su interés. Pero, como usted sabe y él también, no habrá tiempo para más.

Estudie su vida, lea entre líneas sus discursos o canciones. Allí están las pruebas del amor para el que las quiera ver (claro que nadie quiere, porque todos están en su contra). Si algún día intentara visitarlo, tiene los vigilantes para impedirselo. Ahí está la gran prueba de que, por conveniencia social o política, los enemigos de su amor están por todas partes. ¡Él no es libre! Algunos hasta se ríen de usted, pobres. Aunque eso le da más fuerza para continuar su vida dedicada a él. Haga un diario, borde, defiéndalo, dedíquese a su causa. Si él puede, algún día, se lo agradecería. El problema es que no puede, y usted tampoco puede acercarse porque no le dejan. Paciencia, el gran amor que le profesa es suficiente.



3

CÓMO VOLVERSE OBSESIVO-COMPULSIVO

Objetivos a alcanzar para la personalidad obsesivo-compulsiva (DSM-IV)

Patrón global de preocupaciones con orden, perfección y control mental e interpersonal, a costa de la flexibilidad, apertura y eficiencia, indicado por 5 o más de los siguientes supuestos:

- A.** Preocupado por detalles, reglas, listados, organización, inventarios, acabando por perder la noción de los objetivos.
- B.** Perfeccionismo que interfiere en la ejecución de las tareas (incapaz de completar un proyecto al no atenerse a los patrones rígidos que asume como suyos).
- C.** Excesivamente devoto en el trabajo, con escasas relaciones interpersonales y actividades de descanso (excluyendo necesidades obviamente económicas).
- D.** Hiperconciencioso, escrupuloso e inflexible en asuntos de ética, moralidad o valores (excluyendo identificación cultural o religiosa).
- E.** Incapaz de dejar fuera pertenencias usadas o sin importancia, incluso que no tengan cualquier valor sentimental.

continúa en la página siguiente...



...viene de la página anterior

- F.** Reticente en delegar tareas o trabajar en grupo, a no ser que se sometan exactamente a su modo de hacer las cosas.
- G.** Adopta un estilo avaricioso para sí y para los demás: el dinero lo ve como algo para enfrentar futuras catástrofes.
- H.** Muestra rigidez y tozudez.

Si usted quiere ser obsesivo-compulsivo, lo primero que tiene que hacer es convencerse de que es perfecto. Sabe muy bien que los demás son personas llenas de defectos y vicios, por lo que se sentirá superior a todos. Claro que llevará una vida desgraciada y dolorosa, pero la ventaja moral de ser superior a los demás le compensa lo suficiente. Poco a poco se habituará a sacar partido de su desgracia y acabará por sentir placer con su dolor. El masoquismo, también existe. Si, además, tiene algún vicio (lo que puede haber sucedido o, seguramente, sucederá), desvalorícelo o escóndalo muy bien ante los demás.

Una cosa que puede ayudar es ser el hermano mayor al que le fueron confiadas responsabilidades paternas. O tener hermanos o amigos que sólo hagan tonterías. Así, será señalado desde pequeño como niño modelo. También será importante tener notas altas al inicio de la vida escolar o hacer cosas socialmente visibles que los padres puedan apreciar. Acostúmbrese, desde pequeño, a saber lo que se debe de hacer para llegar a la perfección. Luego, debe de seguir por ese camino. Haga lo que sus padres le sugieren, relaciónese con personas de más edad y escuche sus consejos. Algunas le dirán cosas contradictorias que considerará auténticos disparates. Pero eso es bueno: aprenderá a descubrir personas imperfectas y a sentirse superior a esa gentuza, aunque sean mayores y tengan más experiencia de la vida.

Mientras tanto, cuidado con las decisiones que toma. Pondere todos los factores y consecuencias, no vaya a tomar alguna decisión equivocada. El único problema es tener que pensar demasiado antes de tomar cualquier decisión, lo que lo llevará a decidir muy rara-



mente, aunque es ahí donde empieza la auténtica carrera del obsesivo. Y hasta puede subir unos puntos en su CI.

La razón por encima de todo. No haga nada sin ser razonado y, si eso sucediese alguna vez, invente después las razones para justificar lo hecho. Trabaje la voluntad ligándola con la razón y la moral; pronto descubrirá que la mayor parte de los demás son irracionales, inferiores, lo que será un nuevo estímulo para seguir con su método. Aprenda sobre todo a controlar las emociones: no llore, no ría, no manifieste hostilidad, no muestre temor y nunca muestre lo que desea. Esta última cuestión es muy importante: no puede ser vencido por los placeres de la carne, y lo mejor es no mostrar los propios deseos. Piense en otra cosa, imagine las enfermedades que puede tener o la carga de trabajo en que se va a meter si cede al deseo, cuente hasta 100, haga alguna cosa para distraerse, intente incluso hacer lo contrario de lo que le apetece. Aproveche para ejercitar la voluntad.

De hecho, va a precisar de una voluntad férrea que a lo largo de su vida impondrá a los demás. Cuando digo férrea, estoy hablando en serio, porque lo mejor es aprender desde muy joven a contraer los músculos para vencer las emociones. Si tuviese dificultades, acuérdesse que una momia paralítica no se emociona: contráigase y parálícese. Puede quedar con algunas muecas, tener un comportamiento rígido y estereotipado, hacer siempre lo mismo en varias situaciones, ese es el camino seguro para el éxito. Como mucho, consulte un manual de los buenos modales para saber cómo ser correcto en las situaciones sociales. Estudie y planee todas las situaciones, no deje nada al azar ni se meta en aventuras donde tenga que improvisar.

Contraer es la palabra clave que puede aplicar incluso a sus esfínteres. Si ya tiene cuidado con lo que entra, tenga más cuidado con lo que sale de su cuerpo. Por su naturaleza, son cosas sucias e indignas: lágrimas, sudor, orina, heces y gases fétidos. Si tiene vocación de obsesivo, desde joven dé a sus padres la alegría de no ensuciarse sin ser necesario. Pronto empezó a contraerse. Es inevitable cierto estreñimiento, pero puede consolar sus intestinos si se habitúa a ir siempre al mismo baño, a la misma hora, de la misma forma y haciendo



siempre las mismas cosas antes de evacuar. Rutina es otra palabra clave para domesticar su animalidad.

La rutina debe instalarse en todos los campos de su vida. Verá que es fácil y al mismo tiempo agradable. Cuando la rutina se instale completamente, descubrirá que no puede vivir sin ella. Rutina y minuciosidad en su higiene, en su trabajo, en sus relaciones. Para entrenarse, puede hacer y conservar las más diversas colecciones, sean sellos, monedas, cachivaches o simples papeles. Es un consuelo ser cuidadoso en aquello que los demás son abandonados. Siempre tendrá tareas que hacer, y pocas opciones para descontrolarse. La perfección está a su alcance.

Hay ciertos empleos que pueden ayudar bastante en su carrera de obsesivo-compulsivo. Especialmente si es un trabajo burocrático en la función pública. Catálogos, ficheros, cuentas, organigramas, planes, listados, son cosas que le alegran y le dan bastante ventaja. En primer lugar ocupan su mente con tareas racionales que le impiden pensar en tonterías. En segundo lugar le dan la satisfacción moral de controlar la vida de los demás, obligándoles a cumplir con sus funciones y a aproximarse a su ideal de perfección. Puede, incluso, que su jefe le aprecie, él es un pobre mentecato incompetente y oportunista que sólo se mantiene en su puesto porque usted no quiere molestar y hace el trabajo que él debería hacer. En realidad, usted nunca amenazará su puesto porque la humildad forma parte de la perfección. Se siente superior a él –y ahí está su minucioso trabajo (o al menos sus intenciones) para demostrarlo– aunque asegura que es un simple cumplidor de tareas. Superior moralmente, pero inferior en el status real, esa es la paradoja con la que tiene que vivir. Para resolverlo, se tranquiliza y se calla, cuando es necesario. Tiene que vivir con algún resentimiento, aunque espera que los demás se puedan sentir culpables.

La culpa: ese sentimiento con el que lucha magistralmente. Se vuelve tan importante para usted que hace cualquier cosa para evitarla. Si hace algo mal, le da vueltas a la cabeza para asegurarse de que tenía razón. Aunque, en general, toda su vida cumpliendo tare-



as demuestra que no le sobra la mínima culpa. Si, incluso así, la culpa surge, que se la quede la enfermedad situando así el problema del lado de los médicos y de la ciencia: la culpa pasa para ellos, no para usted. Volveremos a este asunto, nos queda por decir que, en compensación, usted siembra culpa como quien siembra trigo. ¿Quién no se va a sentir culpable ante su honestidad, devoción, competencia, en suma, de su perfección? Tal vez usted sepa que a algunos de esos pobres diablos les salpica la culpa. Pero siempre espera que se sientan culpables, y así descubrirán, la deuda que tienen con usted y le rendirán homenaje. De lo contrario, le queda la consolación moral de que cumplió con su deber.

Si el trabajo puede ser el paraíso, su casa puede transformarse en un infierno. Siempre hay hijos o amigos que manchan y desordenan, la mujer (o el marido) que critica su perfección. Sin embargo, existen algunos cambios para esos problemas. Antes de nada, aplique la lógica del trabajo: controle, haga inventarios, establezca reglas. Una casa impecablemente ordenada y limpia tiene menos probabilidad de transformarse en un caos. Ordene y limpie, o busque quien lo haga. Cierre su casa a los amigos y, sobre todo, a los amigos de los hijos (probablemente haya tenido uno o dos hijos para cumplir con sus deberes de ciudadanía). Organice estantes y cajones para guardar las colecciones que ocuparon su mente en los tiempos más difíciles. Conserve religiosamente su patrimonio, limpio y libre de la influencia de los extraños que lo pueden degradar.

Al contrario que sus suciedades, las cosas materiales que logró conseguir son limpias y perfectas. Claro que eso depende del valor simbólico que les atribuyó, aunque nunca se sabe el valor que pueden llegar a tener. Por eso, guarde todo lo que pueda, no tire nada. Puede tener problemas de espacio, pero usted es un experto ordenándolo todo. Y siempre puede haber un garaje, un sótano o un cuarto cerrado donde dejar las cosas a la espera de mejor destino. Todo eso le puede ser útil. Si algún día la vida a su alrededor se vuelve caótica, siempre le queda encerrarse en su castillo con los amados y sumisos productos de su devoción particular.



El lector preguntará: ¿al final de tantos trabajos, dónde están los síntomas de la neurosis obsesivo-compulsiva? No se preocupe por eso (si le es posible no hacerlo). Si cumplió bien las tareas anteriores, usted tiene todos los ingredientes para convertirse en un verdadero neurótico.

La oportunidad puede aparecer en cualquier momento. Por ejemplo, los amigos pueden embriagarlo y llevarlo a cometer algún “pecado”. O puede, de repente, enamorarse de otra persona que no es su mujer (o marido). Si es una chica, poco habituada a estar con chicos, puede quedarse embarazada la primera vez, y ahí comenzar su destino. Por último, puede preocuparse tanto por las insignificancias que no tiene tiempo para más y empieza a tener olvidos y a cometer errores importantes en su trabajo. Bien le avisé para que no cediese a lo imprevisto: ahí comienza a perder su trabajoso equilibrio y a dudar de sus capacidades. No tiene otra alternativa que empezar a comprobar minuciosamente todo lo que hace.

Objetivos a alcanzar para el trastorno obsesivo-compulsivo (DSM-IV)

A. Obsesiones o compulsiones:

Definición de obsesiones: (1) Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que, en ciertos períodos, son vivenciados como intensivos e inadecuados y provocan ansiedad o malestar interno; (2) tales pensamientos, impulsos o imágenes no son meras preocupaciones excesivas sobre problemas reales de la vida; (3) la persona intenta suprimir tales pensamientos, impulsos o imágenes o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acción; (4) la persona reconoce que los pensamientos, impulsos o imágenes son producto de su mente (y no impuestos de fuera).

Definición de compulsiones: (1) Comportamientos repetitivos (por ejemplo, lavado de manos, ordenaciones, verificaciones) o actos mentales (por ejemplo: rezar, contar, repetir pala-

continúa en la página siguiente...



...viene de la página anterior

bras mentalmente) que las personas se sienten impelidas a ejecutar en respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que aplican de un modo rígido; (2) tales comportamientos o actos mentales tienen como objetivo evitar o reducir el malestar o prevenir algún acontecimiento o situación temida; con todo, estos comportamientos o actos mentales son claramente excesivos o no se relacionan de un modo realista con aquello que pretende neutralizar o evitar.

- B.** Al menos durante algún período de la evolución, la persona reconoció que las obsesiones o compulsiones son excesivos o irracionales.
- C.** Las obsesiones o compulsiones provocan fuerte malestar, consumen tiempo (más de una hora por día) o interfieren significativamente con las rutinas normales de la persona, con su funcionamiento profesional (o académico) o con relaciones y actividades sociales.
- D.** El contenido de las obsesiones no se relaciona apenas con el tema de cualquier otra perturbación, en caso de que esta estuviese presente (por ejemplo, perturbaciones alimentarias, hipocondría, parafilias o uso de sustancias).
- E.** La perturbación no es provocada por el hecho fisiológico de una sustancia o un estado físico general.

La duda le lleva a comprobarlo todo y a aumentar el control. Adoptará rutinas para controlar toda su actividad. Pruebas reales y de los nuevos, recuento frecuente de las llaves, comprueba las cerraduras, golpea tres veces el enchufe para asegurarse que está apagado. También se pueden utilizar a los demás, por ejemplo, preguntándoles si actúa bien, o incitándoles a comportamientos que le tranquilicen. Los demás dirán que se volvió un pesado, los psiquiatras dirán que se trata de rituales. Aunque usted sabe bien que son cosas necesarias para calmar su espíritu. Más aún: ya no puede prescindir de ellas, bajo riesgo de poner en peligro su tranquilidad y, más aun,



todos los valores que cultivó a lo largo de su vida. Todo iría bien si eso no ocupase todo su tiempo y no hiciese aumentar sus dudas. En realidad, sabe bien que estas actividades empiezan a ser absurdas y no se ajustan a su perfección. Secretamente, duda aún más de sí mismo, aunque no tiene otra alternativa que aumentar el control, o sea, hacerlo cada vez mayor. Ya no se libra de ello jamás, siempre que le es posible, intenta esconderlo ante los demás.

Si no ha empezado todo por una tontería, la desesperanza le lleva a hacer tonterías y piensa que se vuelve impuro. Pero todo tiene solución: la impureza también se lava, y es lo que usted empieza a hacer. Aunque, tal como en los otros rituales, cada lavado más le hace pensar en la impureza y tiene que lavarlo otra vez (a veces hasta recurre a la lejía), una vez más y así sucesivamente. La vida puede complicarse, pero no se preocupe: el ser humano se adapta a todo, y lo peor que puede sucederle es dañar la piel, lo que le confirma la convicción de que era verdad que estaba impuro y no tiene otro remedio que lavarse más y más. Salva su razón y, ocupado como está en sus rituales, queda protegido de la invasión de sentimientos pecaminosos.

Su vida empieza a estar enriquecida con muchas experiencias y recuerdos, pero también con dudas. El problema es que no siempre esos recuerdos son compatibles con su perfección. Por ejemplo, empiezan a aparecer pensamientos impuros a los que teme y a los que no da tregua. ¿Pero cómo se lucha contra un pensamiento? O lo exorciza con un ritual (por ejemplo, se lava para combatir la idea de impureza) o cambia a otro pensamiento que, a su vez, tiene más fuerza, o sea, es más absurdo. Lo que le hace dudar y le obliga a cambiar de pensamiento, y así siempre. Pasa la vida huyendo de pensamiento en pensamiento a una velocidad de vértigo. O sea, ya no consigue parar en ningún pensamiento, y por lo tanto, deja de pensar. Aunque eso es bueno porque se libera de los pensamientos incómodos. Lo único por lo que se puede quejar es por la incapacidad de concentrarse, esperemos que exista una píldora para eso.

Su cabeza es ahora una auténtica veleta: huye de pensamiento en pensamiento, quizás le pasen por la cabeza las cosas más absurdas.



Dudar de su perfección es lo menos importante, porque hay cosas peores: si fuese hombre puede dudar de su masculinidad, aunque puede pasarle por la cabeza ser un criminal, un hereje, un gafe. A veces consigue algún descanso con cosas neutras, por ejemplo memorizando equipos de fútbol o listas telefónicas, haciendo cálculos mentales o contando sus propios pasos. Pero como su cabeza cada vez se vuelve más absurda, puede pensar que alguien morirá por su culpa si no hace un determinado número de recuentos. Piense, piense mucho y, si tiene alguien que lo soporte, hable mucho. El pobre hombre hasta puede intentar ayudarle, pero usted tiene la gran ventaja de no escucharle nunca porque, en cuanto él habla, su cabeza empieza a dar vueltas preparando el próximo torrente de quejas o preguntas tranquilizantes.

Si esto sucede, usted dio en el blanco: se transformó en una *neurosis obsesivo-compulsiva*. Un verdadero objeto de estimación. Para comprobarlo desplácese hasta un hospital donde haya aulas y prácticas de psicología. Hay siempre un batallón de psicólogas en prácticas dispuestas a darle mimos. Le hacen preguntas, completan escalas, le dan consejos, lo relajan, lo acompañan, comprueban cuanto tarda en hacer las cosas, le hacen bromas pesadas para ver si ritualiza, llegan a convencerse de que lo están tratando. Es enternecedor. Tal vez usted, verdaderamente enternecido con sus convicciones, acabe por hacer su voluntad... incluso las eche de menos y vuelva a estar neurótico para ser nuevamente tratado.

Tal vez usted —que no es tonto— sepa que hay medicamentos que, si no resuelven, ayudan a combatir la tendencia de la neurosis obsesiva. Esos medicamentos se relacionan con la serotonina, una especie de hormona (mejor, un neurotransmisor) que usted, con su sufrida vida, erradicó de su cerebro. Si algún psiquiatra le habla de tales medicamentos, huya de él. Si no lo hace, corre el riesgo de que le pasen los encantos de la neurosis o de perder la disculpa para sus queridas locuras. Tendrá que enfrentarse a las dificultades e imprevistos de la vida, aceptar sus imperfecciones, dejar de ser un objeto estimado y vivir como cualquier mortal.



Variante 1. Hipocondría

Objetivos a alcanzar para la hipocondría (DSM-IV)

- A. Preocupación, miedo o creencia, basada en la interpretación equivocada de síntomas físicos de que se tiene una enfermedad grave.
- B. Esta preocupación es persistente, a pesar de valoraciones médicas adecuadas y tranquilizadoras.
- C. La creencia referida no es delirante y no se relaciona con la imagen corporal.
- D. La preocupación es causa de sufrimiento significativo o disfunción social, profesional o de otras áreas importantes.
- E. Tal preocupación no forma parte de un cuadro de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, ataque de pánico, episodio depresivo, ansiedad de separación o perturbación somatoforme.

Ya vimos que la permanencia en los hospitales no es del todo desagradable para un obsesivo. Allí tiene personas dispuestas a escucharlo, a soportarlo y hasta a acompañarlo. Lucha con gente de poder, y comprueba que los médicos son incompetentes porque no consiguen tratarlo. Con esta idea, lo mejor es presentar una enfermedad física. Y eso no es difícil. Sólo tiene que aprender unas nociones, generalmente equivocadas, sobre el funcionamiento del organismo humano. Para ello existen muchas enciclopedias médicas a su disposición, así como muchas creencias populares. Para tener acceso a éstas últimas, basta encontrarse con un grupo de mujeres mayores, de aquellas que no hablan de otra cosa. Después tiene que empezar a centrar su atención en el órgano que eligió para su enfermedad, y a preocuparse de su funcionamiento. Por supuesto tiene que hacer el aprendizaje general de los obsesivos y, además, dejar que la duda se instaure.

Por ejemplo, si eligió sus intestinos como foco de su enfermedad, empiece a vigilarlos. A veces, tienen un comportamiento imprevisi-



ble, lo que aumentará su preocupación y control. Dietas, téis, laxantes, cambio de hábitos, todo está en sus manos para controlarlos. Ellos, pobres!, insisten en funcionar por su cuenta, de un modo automático, pero eso es lo que usted no va a permitir. Si sometió todo a su voluntad, ¿por qué no también sus propios intestinos? Ahí empieza una lucha sin tregua. Cuanto más los controla más se sublevan y, con un poco de perseverancia, incluso comenzará a sentir dolores. Después, vea en la enciclopedia todas las horribles enfermedades que pueden ocurrir. Con suerte descubrirá que tiene alguno de los síntomas allí descritos pero, si ese no fuese el caso, memorícelos y piense en ellos, que algún día aparecerán. Con un pasado tan rico en preocupaciones, descubrirá también que la historia de su vida se adapta bien a los antecedentes de muchas enfermedades. En seguida va al médico (generalmente con sus síntomas anotados en una larga lista) y se prepara para iniciar un circuito, sin fin donde verificará finalmente que los médicos son unos incompetentes.

El ejemplo de los intestinos sólo es ilustrativo. Existen alternativas más simples. Por ejemplo, convéncese de que tiene una sensación en la garganta y, para combatirla, empiece a tragar en seco. Verá como después de cierta práctica, tendrá de hecho esa sensación en la garganta (o incluso una pequeña lesión) que le obliga a tragar más y más. En realidad, usted puede elegir cualquier órgano como centro de sus preocupaciones, dependiendo tal vez de sus conocimientos sobre el asunto o de las historias que le hayan contado. Hay aquí un pequeño detalle interesante: y es que, sea lo que sea lo que le preocupa, siempre va a tener la razón. De hecho, la mayor parte de las enfermedades empiezan sin darnos cuenta, y cualquiera puede estar incubando una en este momento. Los programas mediáticos de la medicina preventiva no cesan de avisarnos. Entonces, ¿cuál es la solución?: Hacer análisis y exámenes complementarios. Eso es lo que usted tiene que proponerle al médico. Con buena voluntad, tal vez el médico, además de pedirle análisis y radiografías, le prescriba cualquier medicamento que suponga un arma para luchar contra el órgano que aloja su enfermedad.



Si el médico fuese así de comprensivo, usted logró sus objetivos. Verá como el ritual de las consultas y exámenes de laboratorio pueden llenar su vida y hacerle olvidar incluso otras obsesiones y rituales compulsivos. La expectativa que se da al principio de un nuevo contacto y el alivio que sigue a la obtención de resultados valen más que decenas de rituales anteriores, y usted puede estructurar su vida con eso. Si fuese a cuenta del Estado sería mejor, pero usted está dispuesto a pagar para obtener tal felicidad. Luego existen palabras contradictorias, medicamentos prescritos (cuyas indicaciones, contraindicaciones y efectos secundarios tiene que leer minuciosamente), explicaciones apresuradas o pequeñas alteraciones de los exámenes que le inspirarán nuevas creencias hipocondríacas.

También puede suceder que el médico, en especial al final de algunas consultas, rechace hacer más análisis, y le diga que es psicológico (sin explicarle lo que quiere decir tal palabra) o le sea de algún modo hostil. Ahí está una oportunidad para demostrar que los propios médicos –con tantos estudios y supuestamente inteligentes– son seres imperfectos y desprovistos de la meticulosidad y rigor que usted aplicó en sus tareas. Tal vez, entonces, sea el momento de cambiar de médico, y es lo que va a hacer. El nuevo médico volverá a empezar desde el principio, con la diferencia que dará explicaciones muy diversas. ¿Y después? Usted va a adquirir mayor bagaje para su hipocondría y constatará que ellos son ignorantes y moralmente inferiores. Puede también tener la ventaja de arrojarles su semiente de culpa.

Puede proseguir indefinidamente esta forma de actuar, tal vez le dé derecho a varias estancias en los hospitales. Evite los psiquiatras: ellos pueden darle la píldora que interacciona con la serotonina.



Variante 2. Anorexia y bulimia

Objetivos a alcanzar para la anorexia nerviosa (DSM-IV)

- A. No desea mantener un peso corporal mínimamente normal para su edad y altura (pierde más de 85% del peso esperado o dificultad en recuperarlo fuera de esos límites)
- B. Miedo intenso de ganar peso o engordar, incluso estando delgada.
- C. Dificultad en evaluar el peso y forma del cuerpo, demasiada influencia del peso y forma del cuerpo en la auto-evaluación, o negación de la gravedad de su gran delgadez.
- D. Después de adelgazar, pérdida de 3 ciclos menstruales seguidos.

Tipo restrictivo: La persona no recurre a la ingestión compulsiva de alimentos ni a purgantes.

Tipo purgativo: La persona tiene comportamientos bulímicos o purgativos (vómitos o mezcla de laxantes, diuréticos y enemas).

La carrera de un obsesivo puede ser muy precoz y aprovechar el surgir de las hormonas –las verdaderas enemigas de la pureza– para realizarse completamente, aunque de una manera disimulada. Si es una chica sincera, es natural que estar delgada forme parte de su ideal de perfección. Los spots de la moda ayudan a tal idea. En ese momento será, probablemente, una estudiante inteligente, cumplidora, responsable y con éxito. Su cabeza triunfó, pero su cuerpo empieza a presentar problemas. Pesado, rechoncho, lleno de inquietantes sensaciones y segregando cosas indeseables. Mirándolo bien, para alcanzar la perfección, lo mejor será olvidarlo o, quizás, no tenerlo.

¿Y después? En este momento todavía está convencida de que consigue todo a base de disciplina y de fuerza de voluntad que, desde muy joven, se acostumbró a ejercitar. Mirando bien las cosas, no



hay ningún problema con una dieta radical. ¿Por qué no hacerla? Al poco tiempo comprobará el acierto de su decisión: adelgaza, comienza a sentirse bastante ágil, casi le parece poder volar, entrena su voluntad haciendo gimnasia y caminando incesantemente, el cuerpo desaparece de su mente, evita mirarse y, sobre todo, acaban las extrañas sensaciones. Con regocijo, comprueba que no menstrúa, y que los propios intestinos dejan de ser problema. Perdido el placer de comer, desaparecen todos los apetitos. Se cerrarán todas las puertas del cuerpo, la cabeza venció, el cuerpo desaparece. ¿Podrá existir mayor perfección?

Más aún, su familia empieza a preocuparse y empiezan las discusiones entre los padres. La hora de las comidas es el campo de batalla y la comida –desgraciado alimento de los mortales– es el tema dominante. Intenta saber todo sobre este profano asunto que tanto preocupa a los humanos. Usted, la víctima, es el centro de las atenciones, la criatura frágil aunque férrea que consigue dominar las emociones y sentimientos, suyos y de los demás. Si ya tenía poder, cada vez tiene más. Su superioridad se manifiesta en las actividades académicas, como si nada fuese con usted, y sin tener que alimentarse como cualquier mortal. La espiritualidad pura y, quién sabe, la eternidad, están a su alcance.

Tal vez se dé cuenta de la ilusión porque, si no le ayudan, la cosa acabará mal. Quizá un novio pueda desviarla de su camino. Aunque aquellos tiempos de dejadez y de ausencia de problemas que trataban de dominar su voluntad, no dejan de seducirla. A la más mínima dificultad vuelve a la dieta rigurosa. El tema de la comida y el peso empiezan a dominar toda su vida y, o se mantiene así toda la vida, cayendo en enfermedades recurrentes, o tiene alguna posibilidad de volverse bulímica.



Objetivos a alcanzar para la bulimia nerviosa (DSM-IV)

- A. Episodios recurrentes de ingestión alimentaria compulsiva, caracterizados por los dos criterios siguientes: **(1)** comer, en un corto período de tiempo (por ejemplo hasta dos horas) una gran cantidad de alimentos que es superior a la que las personas normales comerían en el mismo tiempo y en las mismas circunstancias; **(2)** sensación de pérdida del control sobre el acto de comer durante el episodio (por ejemplo, sentimiento de incapacidad para parar o para controlar la cantidad y cualidad de los alimentos)
- B. Comportamiento compensatorio recurrente e inadecuado para impedir el grado ponderal, tal como vomitar, usar laxantes, diuréticos, enemas u otros medicamentos, como el ejercicio físico excesivo.
- C. Los dos comportamientos anteriores ocurren por lo menos dos veces por semana, de media, durante tres meses consecutivos.
- D. La auto-evaluación está asociada al peso y la forma corporal.
- E. La perturbación se sucede exclusivamente durante los períodos de anorexia nerviosa.

Tipo purgativo: durante el episodio, la persona induce regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos y enemas.

Tipo no purgativo: Los comportamientos compensatorios se reducen a ejercicio físico o ayunos intermitentes.

Quien, a fuerza de voluntad, se habituó desde pequeño a dominar las emociones y apetitos, ya engañó de tal forma las neuronas que fácilmente sustituye unos deseos por otros. El ser humano es muy plástico y flexible, y todo el mundo sabe que sexo y comida van cogidos del brazo. Las hormonas a veces parecen ser ciegas, y una falta de sensibilidad por parte del novio puede ser sustituida por un kilo de mermelada. La simbología, además de existir en la cultura popular, va más allá: tanto una atracción como un embarazo



lleen la barriga. No olvidemos que el ser humano también vive de fantasías, y la fantasía es una actividad simbólica. Para satisfacer una fantasía de amor puede llegar, a falta de algo mejor, tres paquetes de galletas.

Así es. Lo peor es la culpa, el peso de la comida en el estómago y... la gordura. Aunque la naturaleza también proporciona una solución radical: el vómito. Se pierde peso, se previene la gordura (en dirección al ideal de ligereza y de la perfección de la delgadez) y se expía la culpa. El vómito, la gran solución, el gran alivio, empieza a ser el objetivo perseguido a toda costa. Como lo puede llevar acabo sola, no precisa de nadie. Basta tener en casa unos kilos de naranjas, dulces o galletas. Cuando quiera se atiborra y, a continuación, allá va. Metiendo la mano por la garganta abajo o usando otros trucos, hábituese a hacerlo en un tiempo record y en la discreción de un cuarto de baño que siempre tendrá cerca. Su vida prosigue con ahínco, determinación y sin problemas, porque en cualquier momento puede recurrir a su adorado vómito.

Así, puede obtener un diploma especial: anorexia-bulimia. Este diploma le confiere el derecho de frecuentar clínicas especializadas donde aprenderá, con las maravillosas psicólogas, varios trucos para dominar a los demás. También tiene clases prácticas, porque su comportamiento las desespera y acaban por desentenderse y quedar perplejas. No olvide que lecciones de voluntarismo nadie se las dará. Aún tiene disculpa para su inestabilidad –los episodios de anorexia y bulimia alternan con cambios de pareja– y puede adquirir nuevos conocimientos. Tal vez algún día se vuelva psicóloga.



Variante 3. Parafilias

Objetivos a alcanzar para las parafilias (DSM-IV)

- A.** Fantasías, impulsos o comportamiento sexualmente excitantes, recurrentes e internos, durante, por lo menos, 6 meses, implicando: **a)** exposición de los genitales a un extraño o desconocido –**exhibicionismo**; **b)** utilización de objetos inanimados (por ejemplo: ropa interior femenina), excluyendo los concebidos para la estimulación táctil de los genitales (vibradores) –**fetichismo**; **c)** tocar o rozarse en alguien que no lo permita –**frotterismo**; **d)** actividad sexual con niños en la pre-pubertad (no incluir adolescentes de edad superior a 16 años) –**pedofilia**; **e)** ser humillado, agredido, apresado, o sometido a otro sufrimiento –**masoquismo**; **f)** producir sufrimiento físico o psicológico (humillación) a otro –**sadismo**; **g)** vestir ropa del otro sexo –**fetichismo travestido**; **h)** observar de forma oculta a una persona desnuda o manteniendo contacto sexual –**voyerismo**.
- B.** Estas fantasías, impulsos o comportamiento sexuales provocan malestar clínicamente significativo y dificultad en el funcionamiento social, profesional o en otras áreas importantes.

Como todo el mundo sabe, los chicos son diferentes de las chicas. Una de las diferencias es que son más obvios y directos en su comportamiento sexual, y casi todos se masturban, casi siempre de la misma forma. Lo que los diferencia son las fantasías que acompañan a la masturbación. Aunque lo peor es que acaban aferrándose eróticamente a los objetos que fantasean durante su práctica.

Está claro que la masturbación es impura y que todos le dicen –incluso sus amigos que la practican a diario– que no lo debe hacer. Si usted, joven, quiere alcanzar los ideales de perfección y empezar la carrera de obsesivo-compulsivo, haga lo que le dicen: luche con fuerza contra la masturbación, siendo esa la mejor forma de estar siempre pensando en el asunto. Pero, ¿qué es lo que se puede hacer



contra la irrupción de sus hormonas y contra los sueños que le hacen mojar la cama? puede suceder que tenga la precaución de retractarse (puede, por ejemplo, arañarse o dar cabezadas en la pared durante el acto) o no pensar en cualquier chica decente con la que pueda casarse.

Igual que las bulímicas, puede empezar a engañar sus neuronas y a distorsionar sus impulsos. Placer y sufrimiento empiezan a mezclarse, lo que puede serle extremadamente útil y servirle de buena disculpa, e incluso facilitarle la carrera de masoquista. Mientras se masturba, no fantasee con una mujer, sino con su ropa interior, y hará carrera para fetichista: no tendrá mucho placer con mujeres reales, aunque llegará al éxtasis con unas simples bragas. Durante la masturbación, imagine cualquier mujer que le mira sorprendida, tal vez con miedo y, quien sabe, deseo secreto, y hará carrera para exhibicionista. Si practica todo esto, verá cómo de hecho las logra impresionar. Imagínese vestido, o vístase de mujer, y hará carrera para travesti, acabando definitivamente con esa terrible dependencia de las mujeres. Puede incluso avalanzarse a otros vuelos: experimente, por ejemplo, fantasear con individuos del mismo sexo, mientras se masturba.

Las variantes de las parafilias son múltiples, aunque todas obedecen a dos condiciones que debe seguir escrupulosamente (y que, además, se ajustan a la carrera de los obsesivos-compulsivos). En primer lugar debe evitar, cuanto le sea posible, el contacto físico real con mujeres, en especial sus novias. Esos seres son imprevisibles, y podrían destruir totalmente sus fijaciones eróticas. En segundo lugar, aplique la ley de la rutina: haga y piense siempre en lo mismo, del mismo modo. Después de un tiempo nada le dará más placer que su ritual masturbatorio, lo cual es una gran ventaja porque no corre el riesgo de caer en las tentaciones de una mujer real. Así se cierra el ciclo y, al menos, domesticó un impulso más, con la ventaja de no volverse dependiente con las mujeres.

Desgraciadamente, la carrera de parafílico no es muy recomendable porque no siempre se acaba bien. La sociedad tiene muchos prejuicios y la policía está vigilante. Si tiene dinero, puede vivir solo



con sus fantasías, o pagar a prostitutas para escenificarlas. Pero si tiene que buscar en la calle sus ideales eróticos (a veces la tensión de las hormonas es tanta que no descansa mientras no lo hace) pueden sorprenderlo y, en vez del hospital y de un batallón de psicólogas, consigue la prisión y la policía. Bien, tal vez tenga el consuelo de conocer miserias peores o la oportunidad de empezar una nueva carrera mórbida.

Variante 4. Cleptomanía y otros trastornos del impulso

Objetivos a alcanzar para la cleptomanía (DSM-IV)

- A. Incapacidad recurrente para resistir a impulsos de robar objetos que no son necesarios para uso personal o que no tienen valor material.
- B. Tensión creciente inmediatamente antes de cometer el robo.
- C. Placer, gratificación o alivio después de cometer el robo.
- D. El robo no es la expresión de cólera o venganza y tampoco consecuencia de ideas delirantes o alucinaciones.
- E. El hurto no está dividido en episodios maníacos o perturbaciones anti-sociales de la personalidad.

Por los ejemplos anteriores, el lector observó que tiene muchas sub-especializaciones a su disposición. La lista no acaba aquí, porque siempre que exista una actividad prohibida, y que por lo tanto usted tema, puede pasar la vida luchando contra ella y llenando la cabeza con ese asunto. Por eso, algún día va a caer en la tentación (por ejemplo, robar cosas innecesarias si sufre cleptomanía) sólo para ver el resultado. Y el resultado, si nadie muere ni es detenido, es un extraordinario alivio. De tal modo que esta sucesión de acontecimientos queda grabada en su memoria, y así cuando se sienta mal, no dejará de repetirlos. Como un ritual obsesivo.

Los psiquiatras llaman a esto trastornos del impulso, presentando una larga lista: cleptomanía, piromanía, juego patológico, omnio-



mania tricotilomanía, onicofagia (aquí, discúlpeme, tiene que consultar un diccionario). Pueden existir más variedades, ya que estas enfermedades no siempre son puras. Pero, atención: usted sólo conseguirá llegar a ellas si, desde muy temprana edad, empieza a engañar las neuronas a costa de luchar firmemente contra sus deseos instintivos y acabar cediendo a los deseos más absurdos.



4

CÓMO VOLVERSE HISTRIÓNICO

Objetivos a alcanzar para la personalidad histriónica (DSM-IV)

Patrón global de emotividad excesiva y búsqueda de atención, indicado por 5 o más de los siguientes:

- A.** Malestar en situaciones en el que no es centro de atención.
- B.** Interacción con los demás caracterizada por seducción sexual inapropiada o comportamiento provocador.
- C.** Exhibe expresiones emocionales que cambian con rapidez y se muestran superficiales.
- D.** Utiliza constantemente la apariencia física para atraer la atención hacia sí mismo.
- E.** Tiene un estilo de actuación que impresiona excesivamente aunque es poco convincente en los detalles.
- F.** Presenta una auto-dramatización teatral y expresa exageradamente sus emociones.
- G.** Sugestionable, fácilmente influenciable por otros o por sus circunstancias.
- H.** Considera sus relaciones como más íntimas de lo que lo son realmente.



Ser histriónico es una carrera inolvidable que se ajusta más a mujeres. No hay nada que más impresione al imaginario popular, lo cual puede colocarlo en el altar de santos y elegidos. Tampoco hay nada que confunda más a los médicos, psiquiatras y psicólogos. Tanto que, aún no hace mucho, tejían absurdas teorías sobre un útero famélico que andaba suelto dentro del cuerpo de las mujeres, provocando los más increíbles síntomas. De ahí el nombre antiguo (aunque actual para muchos entendidos) de ¡histérica! Finalmente no hay nada que seduzca más a las personas, sobre todo a los hombres. Usted va a conseguir ser el centro de atención de todo el mundo: familia, amigos, médicos, reporteros, autoridades y público anónimo.

Si su opción fuera esa, conviene que, cuando piense en sí mismo, lo haga desde la perspectiva de los demás. Nunca diga “me pasó esto”, aunque sí, “me hicieron aquello”. Al hablar de sus enfermedades nunca diga lo que sintió o padeció, aunque sí, lo que los médicos dijeron de usted. Le doy este consejo por una razón muy simple: suceda lo que suceda, usted tiene que ser siempre la persona más santa, más bondadosa, más pacífica, más cumplidora, más agradable, más simpática, aunque también la más ingenua del mundo. La imagen que sus padres hicieron de usted cuando era pequeña.

Para que esto suceda, empiece por agradar, desde pequeño, a todo el mundo. No diga a nada que no y descubra cómo hacer feliz a su interlocutor sin que para ello tenga necesidad de mentir. No se trata de mentir una y otra vez, sino mentir las veces necesarias para convencerse de que su mentira es verdad. Si de este modo consigue mentirse a sí misma, desaparecerán todos los problemas de culpabilidad y responsabilidad, y conseguirá ser sincera en todo lo que dice. Al final, usted mismo ya creerá que la mentira que va a contar a los demás es la pura verdad.

Es cierto que el camino no es tan fácil, aunque ayudaría bastante si le sucediese algo tan grave que no se lo pudiese contar a nadie y que incluso, no existieran palabras para describirlo. Algunos especialistas hablan de estrés post-traumático precoz para designar esos acontecimientos que silenció. Y puede ocurrir, porque usted agrada



tanto a los demás que llega a seducirlos y a despertar sus instintos más brutales. Si esto va más allá, ¿qué puede hacer sino callar y mentir? Lo importante es que su imagen se mantenga íntegra ante todos. Aprenderá que, a través de la seducción, los puede dominar y hacer que ellos hagan lo que pretende.

Ciertamente, esto es hacer teatro y de ahí el nuevo nombre -histriónica- de la carrera en la que se inscribió. Aunque ¿qué tiene de malo? Cada uno precisa de su propio teatro para alcanzar la verdad. Harán lo que desea, y quizás hasta le aplaudan. Su poder aumenta y su habilidad también. Busque otra persona y compruebe lo bien que lo hace. Aunque atención: cada persona es distinta y el teatro deberá serlo también. Toca entonces adivinar. Fije sus ojos en los de su interlocutor, porque es ahí donde encontrará la inspiración. Adivine lo que él quiere. Sea encantadora. Diga siempre que sí. Basta que él espere un estado de espíritu para que usted lo manifieste exuberantemente. Comprobará que rápidamente se sentirá cómodo en su papel (maravillosamente, el ser humano parece estar preparado para eso) y va a ver, sobre todo, como su interlocutor queda contento. Siempre centrada en él y en sus aplausos, nunca en sí misma.

Poco a poco aprenderá que la primera impresión es siempre la mejor. La postura, la expresión, o el vestuario. Acostumbrada como está a leer en los ojos de los demás, no le faltarán ideas que pronto confirmará por el impacto que causa. Hábituese a tener siempre gente impresionada a su alrededor. Varias personas son más inofensivas que una sola. Aunque, si alguna vez, alguno de ellos intentara ponerse a su altura, tiene siempre su exuberancia emocional para marcar distancias. Si este procedimiento no funcionara... sea lo que Dios quiera. Siempre hay formas de olvidar (más adelante le enseñaré algunos trucos para ello) y usted no tiene la culpa de que los demás sean malintencionados.

De hecho, usted funciona mejor en grupo y puede incluso escoger una profesión donde tenga público a su alrededor. Sólo así se realizará porque, con una persona cada vez, las cosas se complican. A cada nuevo interlocutor tiene que cambiar el rol y olvidarse rápida-



mente del último y después de aquel tendrá que cambiar otra vez. Tal vez nada quede en usted, ya que todo lo que hace, incluyendo las palabras que dice son creadas por la expectativa del otro. La consecuencia, es que empezará a sentirse vacía cuando está sola y ahí estará usted siempre expectante con la adrenalina que los demás le provocan. Sólo se siente viva con gente a su alrededor. Pero eso le ayudará a proseguir en su carrera.

Si fuese una niña agraciada, seguro que no le faltaría atención. Usted ya sabe defenderse de la intimidad, aunque es bueno dar la impresión de que se mete en aventuras, porque eso le dará popularidad y excitará más la curiosidad del público. Mal saben ellos que mucho humo es poco fuego. Pueden con todo existir percances o usted puede también necesitar, para quedar bien, llevar su papel aún más lejos (atención a los personajes con poder y que usted puede dominar). La solución es, como siempre, nunca pensar en sí y siempre en los demás. Mantenga el control y domínelo. Anote todas las equivocaciones de su interlocutor, ya que pueden contener información muy valiosa. O imagínese un personaje de cualquier película. Verá que consigue llevar el papel hasta el final y que nadie se da cuenta que usted solo estaba actuando (lo que, una vez más, se vuelve más fácil para el sexo femenino). Al final nada le quedó. (A propósito, haga prevención higiénica y lávese bien).

Mientras tenga aptitudes para vivir así, en el teatro de la vida, todo va bien, y el éxito está a su alcance. Aunque, por cautela, es mejor ir pasando por algunos consultorios médicos para preparar el teatro de la enfermedad por la que podrá optar en cualquier momento. Todo puede suceder dependiendo de la persona del médico, de la impresión que le causó y de las expectativas que él tenga. Una de las hipótesis es que él tiene la manía de hacer diagnósticos y entonces usted le dará la alegría de ajustarse perfectamente a los síntomas que él buscaba. Dígale siempre que sí, que es lo que quiere. Así de un modo o de otro, seguro que pasará horas con usted y le dará pasaporte para los viajes a los laboratorios y hospitales que usted quiera. Hasta le puede recetar medicamentos. No obstante, si en ese mo-



mento la vida le va bien es mejor no tomarlos todavía, y guardarlos para el momento que se encuentre verdaderamente enfermo.

Si, algún día el médico se cansara o le prestase menos atención, tal vez sea necesario cambiar a otro. En la primera nueva entrevista puede empezar por hablar mal del médico anterior, lo que dará al nuevo la sensación de ser más competente que sus colegas y ciertamente le estimulará y pondrá mayor entusiasmo. Si encontrase algún médico tozudo, existen trucos para provocar enfermedades, que más adelante le enseñaré. Aunque, ahora, quedan aquí las soluciones más simples: invente algún síntoma que nadie pueda suprimir como, por ejemplo, sus ideas. Diga que le pasa por la cabeza romper con todo, hacerse daño o, el argumento supremo, que se va a suicidar. Ningún médico resistirá a hacer todo lo que pueda para evitarlo.

Así está siempre segura. Puede optar por el palco de la vida o el palco del sufrimiento. En uno o en otro lugar, usted encontrará nuevas experiencias e historias para contar al público que encuentre. Aunque atención: incluso cuando hable de sus enfermedades, no diga lo que sintió, diga siempre lo que los demás dijeron o hicieron. Puede, por ejemplo contar: “estaba allí tan mal que hasta la enfermera dijo que jamás había visto nada semejante, el médico me atendió después, me puso suero y llamó a una ambulancia para trasladarme al hospital”. Puede omitir que, cuando llegó al hospital, empezó a sentirse mejor.

A lo largo de este camino, usted seguramente se enamore varias veces, propuestas no le faltarán. Quizás no sienta ninguna atracción por la persona enamorada, aunque le aconsejo que se relacione con ella. La representación de un gran amor es siempre pieza preferida por todos los públicos, y tiene ahí una oportunidad de aumentar su público. Si no lo cree, vea las telenovelas. En este sentido, los amores y sus inevitables conflictos le permiten prepararse para la representación de las grandes emociones, que pueden ir desde un éxtasis bien combinado con el paisaje o una felicidad escenificada en una reunión social, hasta el vértigo de las velocidades en grandes coches



o la desesperación condimentada por algunos medicamentos para evitar el suicidio.

Por este camino puede hasta llegar a formar una familia. No porque usted quiera, pues ya vimos que no es dueña de sus deseos. Pura y simplemente sucedió por responsabilidad de los demás, en tal caso, en circunstancias favorables para usted. Quedar así libre para proseguir su carrera, ya que alguien cargará con las responsabilidades que la familia implica. A usted le corresponde dar brillo social a la nueva familia, mientras en casa apenas se prepara para esas múltiples oportunidades. Si todos aceptan, perfecto. Si no, aún puede recurrir a estados mórbidos que están a disposición de la *personalidad histriónica* que usted ya consiguió ser.

Variante 1. Estados disociativos

Objetivos a alcanzar para los estados disociativos (DSM-IV)

- A. Amnesia disociativa:** 1. Existencia de uno o más episodios con incapacidad para recordar información personal importante, generalmente de naturaleza traumática, que es demasiado amplia para ser un olvido vulgar.
- B. Fuga disociativa:** 1. Uno o más episodios de deambulación o viajes lejos de casa o del lugar habitual de trabajo, con incapacidad para recordar el pasado. 2. Confusión sobre la identidad personal o asunción de una nueva personalidad, parcial o completa.
- C. Perturbación disociativa de la identidad:** 1. Presentación de dos o más identidades o estados de personalidad, cada cual con su patrón duradero de percepción, reacción y reflexión sobre el ambiente y el yo. 2. Por lo menos dos de estas identidades o estados de la personalidad, de forma recurrente, toman el control de la personalidad del sujeto. 3. Incapacidad para recordar información personal importante, demasiado extensa para ser un olvido corriente. **Criterios adicio-**

continúa en la página siguiente...



...viene de la página anterior

nales: El trastorno causa sufrimiento clínicamente significativo o perjudica el comportamiento social, profesional o familiar y no es debido a los efectos fisiológicos de una sustancia (drogas o alcohol) ni a otros trastornos, incluyendo esquizofrenia o epilepsia.

Si usted no tiene una vocación desde muy joven o le faltan atributos para ser una verdadera personalidad histriónica puede hallar esta carrera difícil. Para facilitar las cosas voy a enseñarle algunos trucos. Uno de ellos es imitar sistemáticamente a los demás, sobre todo aquellos que tienen poder y éxito. Encontrará varios en la televisión y en los videos, aunque debe entrenarse desde joven con las personas que tiene a su alcance. Los niños tienen un don para hacerlo, pero usted debe insistir toda la vida entrenando ese mimetismo. Al poco tiempo estará en permanente imitación sin darse cuenta. Va así absorbiendo la personalidad de cada uno. ¿Y la suya cuál es? Bien, eso es un problema, aunque un problema a favor de su carrera. Es posible ser, ahora una personalidad, otra diferente en otro momento, en conformidad con el ambiente que la rodea o quizá con sus caprichos ocultos.

Mucha gente consigue hacerlo con amplios beneficios: grandes actores, figuras mundanas, hombres de negocios, mujeres de moda. Los destacados de la sociedad contemporánea, iluminados por los focos de los *media*; a éstos los favorecen. Pero, no se preocupe. Pocos de ellos consiguen obtener el diagnóstico de *trastorno disociativo de la identidad* (o personalidad múltiple), en parte porque no se quejan de eso, pero en gran parte también, porque no se olvidan de las varias personalidades que desempeñan: saben generalmente que están haciendo teatro. Si usted, por el contrario, quiere obtener ese diagnóstico, tiene que recurrir a su memoria, no para recordar sino para olvidar. Olvidar cada personalidad después de representarla y convencerse de que el papel que, en cada momento, desempeña es su genuina personalidad.



La cosa no va a ser fácil, va a ser necesario mucho entrenamiento y dedicación, tal vez circunstancias favorecedoras y algunos trucos que se aprenden y que le voy a enseñar. Todo consiste en saber ocultar las memorias y crear automatismos de acción. Si los hipnotizadores consiguen hacer eso a otras personas, si consiguen enseñar auto-hipnosis (a propósito, no será mala idea relacionarse con ambientes hipnóticos y prácticas similares, incluyendo el espiritismo y las ramas de las diferentes religiones en donde se exhiben milagros), ¿por qué usted no lo puede conseguir?

La verdad, si siguió la carrera de la personalidad histriónica ya está medio preparada. Se habituó a no pensar demasiado en sus verdaderos sentimientos, y a tener una imagen idealizada de su persona: bondadosa, pacífica que respeta a los demás, etc. Si alguna vez se pasó de estos límites y tuvo un comportamiento reprochable, no pudo haber sido esa persona: fue obligada a eso, fue algún espíritu maligno, una enfermedad, el alcohol, sea lo que fuese, pero no usted. No piense ni nunca hable de aquello que le pasó a los demás o así mismo (cuidado con las palabras: pasar de un acontecimiento a su narración en palabras es la mejor manera de hacer que perdure en la memoria). Si le contasen algo poco correcto que usted hizo, indígnese o asómbrese por el hecho de que esos entes malvados pudiesen tomar el control de su cuerpo.

Es muy posible que la tentación del acto prohibido regrese de nuevo. Tentación, sí, porque tales deseos excesivos (tantas veces agresivos o eróticos) nunca pueden partir de la santa persona que es usted. Un recurso posible es el alcohol. Bebiendo una o dos copas está preparada. Láncese de cabeza, cumpla los designios ocultos y, al día siguiente, olvídense de todo. Mientras tanto, este es un recurso demasiado obvio (y preferido por hombres) y corre el riesgo de no ser considerada personalidad múltiple, pero sí, alcohólica. Es insuficiente y poco sofisticado.

Vamos ahora al gran truco: *contención, respiración y acción*. No sé si reparó en alguien que, lleno de rabia está propenso a partirle la cara al vecino. Tan pronto se afirma en su ira (o lo afirman) va res-



pirando entrecortadamente. Así que se suelta, entra en la lucha y arrasa, sin darse cuenta. Muchas personas, incluso deportistas (halterofilia, por ejemplo) utilizan ese método para hacer proezas que parecen estar fuera de los límites humanos. Eso mismo es lo que usted tiene que hacer. Deténgase un poco a respirar mientras piensa en aquello que le apetecería hacer aunque no debe ni lo consigue. Al final de unas cuantas respiraciones, estará preparado para lanzarse a la acción, sin que consiga ya pensar. Verá que hará todo perfectamente y que no conseguirá recordar lo que le sucedió. No fue usted quien lo hizo, acaba de tener un ataque.

Si alguien observa su proeza, no dejará de quedar sorprendido y de encontrar explicaciones. Puede pensar que está enfermo, o mejor todavía, que algún espíritu se apoderó de sí. Fíjese bien en esas explicaciones porque son las que usted va a adoptar en futuros ataques similares. Cuando quiera, respire profundamente, hasta que se concentre en el asunto y después, suéltese. Hasta puede cambiar de cara, de voz, o hablar en lenguas extrañas. Si entra en círculos de espiritismo o de fanatismo religioso (algunas sectas religiosas entrenan a sus componentes para así exhibir milagros), tiene su futuro asegurado. Si entra en el circuito médico tiene garantizado, por lo menos, un trastorno disociativo sin otra especificación. De cualquier modo, sus espectadores pasarán a tratarlo con mucho respeto.

El lector puede ahora preguntar qué es lo que sucede con la respiración. Sé que resulta, aunque no puedo explicar bien el por qué, porque la ciencia rechaza estudiar estos fenómenos. Lo que le puedo decir es que, cuando respira hondo con el tórax, la sangre se enriquece de oxígeno y se empobrece de anhídrido carbónico. En consecuencia queda más alcalino (o sea menos ácido). Así, en medio alcalino, la hemoglobina, que transporta el oxígeno de los pulmones para los tejidos, queda llena de moléculas de oxígeno y no las libera. Existe entonces demasiado oxígeno en los pulmones y en la sangre (una "bomba energética" a punto de reventar) aunque poco en los tejidos orgánicos, incluyendo el cerebro y los músculos. En este



caso, sólo pueden funcionar las neuronas y fibras musculares que no dependen del oxígeno (anaeróbicos) y que parecen ser aquellas que estaban preparados para automatismos de emergencia. Lo que usted crea, con hiperventilación, son automatismos de emergencia, ya que las neuronas de las que depende la consciencia y la memoria explícita necesitan de oxígeno para que funcionen.

Es una pena que los científicos no estudien la relación entre las modalidades respiratorias y nuestro comportamiento y sentimientos. Aunque usted puede realizar experiencias y tomar lecciones prácticas. Va a comprobar que imitando el modo de respirar de una persona emocionada consigue representar su emoción, incluso sentirla. Ninguna emoción parece auténtica si no imitamos el modo de respirar. Como usted se volvió especialista en la expresión de emociones, imite, antes de nada, los distintos modos de respirar. Y no se olvide de entrenar el siempre eterno suspiro. Muestre a los demás su insatisfacción (o a veces, el placer) y prepare su organismo para que se vuelva más sensible a los efectos del oxígeno y del anhídrido carbónico. Aunque ese es un asunto que volveremos a ver más adelante.

Por ahora, vamos a volver a los estados disociativos, aquellos en que su identidad se desvanece. Si alguien hiciese alguna cosa que nunca pensaría hacer (imagine que mata a alguien por accidente o tiene una relación erótica que condena) puede tener una perdurable sensación de extrañeza. Le puede parecer que era otra persona, evita hablar (aunque piensa) en el asunto, no se siente bien en su piel, toca su cabeza para comprobar que existe. Al fin, son acontecimientos difíciles de digerir, de integrar en su propia identidad. Aunque esto le puede suceder a cualquier persona. El hecho de conseguir tener un trastorno de despersonalización, depende de la forma en que va a luchar con estos recuerdos, de cómo se va a expresar con los demás, del modo en que se aparecen en sus sueños y de la posibilidad de pensar en esos sueños (para mantenerse despersonalizado es mejor no pensar mucho en los sueños que tiene).



Una simple despersonalización no es digna de un verdadero histriónico. Sus objetivos tienen que ir más lejos hasta llegar al consenso americano de una amnesia disociativa, una fuga disociativa o una verdadera personalidad múltiple. Si nos referimos a América y a sus consensos, es porque estos casos son más frecuentes en las películas que en la clínica. Aunque el lector debe esforzarse. Si llega a la cima hasta puede tener derecho a un *best-seller* sobre su vida.

El problema esta en saber como se relaciona uno con su propia identidad, y ya vimos que el histriónico es perito en el arte de confundir. Aprendió a tener una imagen idealizada y estrecha de si mismo y a olvidar todos los comportamientos que no concuerden con ella. *La amnesia disociativa* esta a su alcance.

Si alguien le cuenta o le muestra lo que ha hecho mal acostúmbrase a pensar como otra persona. Incluso puede darle otro nombre. Cuando repita los mismos comportamientos (siempre desencadenados por la hiperventilación y mantenidos por el ambiente emocional), instálese en ese nombre y trasládese a otro ambiente más estimulante. Tiene derecho a una Fuga disociativa. Si es capaz de ser mas sofisticada, variando sus ambientes, sus amigos, sus ropas, sus nombres (y por qué no, su DNI) tiene derecho a un trastorno disociativo de la identidad (nombre técnico para la personalidad múltiple).

Diríjase entonces, a un psiquiatra, preferiblemente uno de aquellos que escriben romances. Pero atención, es bueno tener siempre a médicos cerca. Como ellos, en general no conseguirán tratarle, lo más que harán será recetarle calmantes. Y usted va a tomarlos, porque esa es una posibilidad adicional de andar medio atolondrada y de perder mas fácilmente sus recuerdos.



Variante 2. Conversión

Objetivos a alcanzar para el trastorno de conversión (DSM IV)

- A.** Uno o más síntomas o déficit que afectan a las funciones de la motricidad voluntaria o sensoriales, sugiriendo enfermedades neurológicas u otros estados físicos generales.
- B.** Posibilidad de considerar factores psicológicos asociados al síntoma o déficit, ya que su empeoramiento este precedido por conflictos o estrés.
- C.** El síntoma o déficit no es producido intencionalmente ni se trata de simulación voluntaria.
- D.** La situación no se explica completamente por un estado físico general ni por los efectos directos de una sustancia, ni como comportamiento o experiencia socialmente sancionada.
- E.** El síntoma o déficit provoca malestar clínicamente significativo o perjudica el comportamiento social, profesional o familiar.
- F.** El cuadro no se limita a dolor o disfunción sexual, ni ocurre durante la evolución de un trastorno somatoforme ni se explica por otro trastorno mental.

Decir “no” es complicado, por eso el histriónico dice siempre que sí. Pero el cuerpo tiene maneras de decir “no”. Quizás haya reparado en personas que quieren con fuerza guardar un secreto cuando otros insisten para que lo cuente (el mundo vio al presidente de EEUU hacer eso: Se quedan roncos, se cansan de toser y hasta pueden quedarse afónicos. Pero hay otros ejemplos: una tensión del muslo puede evitar un coito inoportuno. Si esa tensión se transforma en parálisis, queda el problema resuelto, con la ventaja y apoyo de los espectadores, (de la platea), o bien como un derecho a una baja. A veces, descubrir que estamos paralizados de un momento para otro, ¡puede ser un alivio!

Si hace la carrera de histriónica, nunca diga “no”, pero deje ha-



blar a su cuerpo a voluntad. Corre el riesgo de que otras personas, incluyendo algunos médicos ignorantes, digan que lo hace a propósito. Pero usted sabe bien que no, y yo lo corroboro. Simplemente ocurrió. El hecho es que a usted, tan poco habituada a saber lo que desea o lo que no desea, no se le pasa por la cabeza que su parálisis le sirva para manifestar deseos ocultos. Existirán ciertamente otras explicaciones que las otras personas, incluyendo algunos médicos, le proporcionarán. Acéptelas. Puede también que existan pequeñas lesiones que justifiquen sus problemas. Los huesos son siempre una buena disculpa. Como explicaré a continuación, si cultivó el suspiro y la hiperventilación en su carrera histriónica, ya dañó sus huesos y articulaciones.

Variante 3. Trastorno de somatización

Objetivos a alcanzar para el trastorno de somatización (DSM-IV)

- A.** Un historial de muchas quejas físicas que se inicia antes de los 30 años, que se mantiene durante varios años y lleva a la búsqueda de tratamiento o dificultades significativas del funcionamiento social, profesional, o de otras áreas.
- B.** Cumplir todos los criterios siguientes, teniendo en cuenta que los síntomas pueden surgir individualmente en cualquier momento de la evolución del trastorno:
 - (1)** Un historial de dolor relacionado con, por lo menos, cuatro regiones diferentes (cabeza, abdomen, espalda, articulaciones, extremidades, pecho, recto, o durante la menstruación, actividad sexual o al orinar).
 - (2)** Historia de dos síntomas gastrointestinales no dolorosos (náuseas, gases, vómitos fuera del embarazo, diarrea o intolerancia a múltiples alimentos)
 - (3)** Historia de, por lo menos, un síntoma sexual o reproductivo no relacionado con dolor (repugnancia o indife-

continúa en la página siguiente...



...viene de la página anterior

rencia sexual, disfunción eréctil o eyaculatoria, menstruaciones irregulares o muy abundantes, muchos vómitos durante el embarazo).

- (4) Historia de, por lo menos, un síntoma o déficit que sugiere una enfermedad neurológica y no se limita a un dolor (síntomas de conversión, descoordinación motora o pérdida del equilibrio, parálisis o debilidad muscular, dificultad al tragar o nudo en la garganta, afonía, retención urinaria, alucinaciones, pérdida de la sensibilidad, diplopia, ceguera, sordera, amnesia o pérdidas de consciencia).

¿Ha oído hablar del *síndrome de Briquet*? Una preciosidad: 25 síntomas entre 60 posibles, pertenecientes a 9 secciones orgánicas. Llamado ahora trastorno de somatización, y los criterios consensuales son más indulgentes. Basta coleccionar 4 dolores, 2 síntomas abdominales, uno sexual y uno de tipo neurológico. Cosa fácil de lograr, vamos a ver cómo.

La primera condición es hacer una graduación en la carrera histriónica, tal como he indicado anteriormente. Pero, más allá de esto, debe conseguir posgraduados en las subespecialidades disociativa y conversiva. Para estas últimas es suficiente un curso acelerado, ya que no es preciso llegar al límite, sólo tener algunos trastornos de memoria, unos estados disociativos que pueden pasar por desmayos y alguna que otra pequeña afonía o parálisis. Así ya puede presentar un síntoma pseudoneurológico.

En cuanto a los síntomas sexuales, espero que su sexualidad ya sea un campo de malentendidos. Tanto por evitar los contactos íntimos y nunca acordarse de ella, como por facilitarlos por cumplir la voluntad de los otros y presentar una respuesta que no va más allá de una representación teatral. Frigidez (o perturbaciones eréctiles), repugnancia, trastornos del ciclo menstrual (una buena ocasión para comenzar a tomar la píldora) o ardores por alteración de la flora vaginal, son cosas de las que se puede quejar para corresponder a este



criterio. Claro que siempre va a dramatizar en la descripción de estos síntomas, pero a eso ya esta habituada.

Vamos ahora con los dolores y síntomas abdominales. En la sección de las fobias y pánico puede desarrollar mejor este tema ya que la solución es idéntica (e idéntica también a la de los estados disociativos): Suspire. Pero ahora va a suspirar no solo en ciertas ocasiones, sino permanentemente y desde muy joven (el uso de broncodilatadores ayuda mucho). El objetivo no es solo provocar modificaciones temporales de los gases disueltos en su sangre. Es, antes bien, intentar provocar alteraciones permanentes en el flujo sanguíneo de todo el organismo de manera que ponga los riñones y los huesos a trabajar por su enfermedad. El resultado es volverse mucho más sensible a las fluctuaciones respiratorias y poder coleccionar más dolores y alteraciones orgánicas.

Suspirar es fácil para los románticos. Si la vida le va mal, suspire, si le va bien, finalmente, suspire. Si el amor está lejos, suspire, si está cerca suspire también. Si no consigue suspirar (la “vuelta” de la respiración recibe el nombre de reflejo de Hering-Breuer), respire más para forzar el suspiro. Así consigue provocar una alcalosis (lo contrario de la acidez) respiratoria, que consiste en un cambio de los electrones de su sangre por el hecho de existir en ella menos anhídrido carbónico. Si mantiene la cosa dentro de unos límites aceptables, nunca tendrá problemas, porque el organismo va a compensar este trastorno, quedando tan solo un poco más acelerado. En primera línea de compensación están los riñones y los huesos.

Los riñones comienzan a expulsar los bicarbonatos. De hecho, el bicarbonato estaba en su sangre para neutralizar el exceso de ácidos. Como usted está menos ácida, la intención de los riñones fue buena. Mientras tanto, usted los engañó, porque los bicarbonatos eran una especie de tapón que también servía para mitigar los efectos sanguíneos de sus variaciones respiratorias. Así, usted queda más sensible a los efectos de la respiración y bastan dos o tres respiraciones forzadas para que todo el organismo responda (consulte la sección de pánico y fobia). Si quisiera librarse de otras soluciones tapón (la he-



moglobina es una de ellas) puede también tener una ligera anemia, aprovechando, para ello, un flujo menstrual exagerado seguido de una dieta.

En cuanto a los huesos, ellos son la gran reserva de calcio, que pone en marcha el ciclo vital del medio alcalino: sale de los huesos y va la sangre, sale de la sangre y vuelve a los huesos. De esta forma usted puede lograr descalcificaciones (pudiendo hasta fracturarse los huesos al mínimo descuido) y simultáneamente pequeñas calci-ficaciones extra, entre las cuales están los célebres “besos de papa-gayo”. Quienes se van a regocijar son sus articulaciones, que comiencen a provocar dolores al mínimo movimiento, sin contar con los dolores que aparecen de súbito allí donde existan huesos. Va a quedar cada vez más parada, lo cual es bueno para esta carrera, con la excepción del necesario deambular por el circuito médico.

Todo esto es ya una buena carga para los médicos que comienzan a estar confusos con sus padecimientos. Con buena intención hasta le pueden recetar varios medicamentos que usted, ahora, va a tomar, pues tiene la posibilidad de desequilibrar con ellos más su organismo. El problema de los médicos es que todavía no tienen diagnóstico porque, igual que para los trastornos de somatización, le faltan más dolores y todavía no tiene los síntomas abdominales. Pero eso se arregla bien: Basta, una y otra vez, inspirar más profunda e insistentemente para hacer la sangre más alcalina.

En ese caso, todos los músculos de sus arterias y de sus vísceras comenzarán a trabajar más rápidamente. Habrá quien diga que tiene espasmos, pero lo que parece es que están asustados, hipersensibles. Todo cuanto sea canal en su organismo, contrae y dilata sin ton ni son. Si fueran las arterias cerebrales le darán dolores de cabeza fuertes. Si fueran las del corazón, le darán dolores en el pecho. Si fueran los intestinos, le darán dolores de barriga con flatulencia y meteorismo (puede ir al diccionario, porque es preciso llamar a las cosas por su nombre). Todo comienza a funcionar desordenadamente, incluyendo el tubo digestivo, vesícula y riñones. ¿No se lo cree?, compruébelo y vea si nos es verdad.



Está claro que luego irá al médico o consultará a sus amigas. Desde comprimidos, alimentos especiales y dietas rigurosas, existe un sinnúmero de formas de confundir a sus desgraciadas vísceras. Tome todo eso y ponga atención a los resultados: cada vez va reuniendo más síntomas. Vaya fijándolos cuidadosamente para no olvidarse nunca. Existe el riesgo de que todo vuelva a la normalidad si usted los olvida y vuelve a los quehaceres y actividades normales. Pero eso nunca lo hará, porque sus huesos y articulaciones (y tal vez la edad, porque la carrera es larga), ya no le dejan. Vaya sólo de casa a los médicos, que le cambian los medicamentos, vuelva a casa para experimentar y anotar las nuevas sensaciones, para volver al médico que le dará más medicamentos, y así sucesivamente, siempre suspirando entretanto. A falta de algo mejor, usted está definitivamente instalada en el palco de la enfermedad. ¡La platea ya no aplaude porque está paralizada por la conmoción!

Variante 4. Psicopatía

Objetivos a alcanzar para la personalidad antisocial (DSM-IV)

Existencia de un patrón global de falta de respeto y violación de los derechos de los demás, sucediendo desde los 15 años y manifestado por 3 de los siguientes:

- A. Incapacidad para adaptarse a las normas sociales y a las leyes, que se traduce en la repetición de actos que la ley condena.
- B. Falsedad, con mentiras repetidas, uso de falsas identidades o engañar a otros para provecho o placer personal.
- C. Impulsividad o incapacidad para hacer proyectos.
- D. Irritabilidad y agresividad, con luchas físicas y asaltos repetidos.
- E. Desprecio y negligencia por la seguridad propia y de los demás.

continúa en la página siguiente...



...viene de la página anterior

- F.** Irresponsabilidad constante, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo consistente y cumplir compromisos financieros.
- G.** Falta de remordimientos, indicado por el hecho de mostrar indiferencia o justificar los malos tratos, agresiones o robos provocados a los otros.

La carrera histriónica no está vedada a los hombres, pero aquellos que se inscriben en ella deben volverse un poco afeminados. Por otro lado, el metabolismo masculino no responde tan bien a la hiperventilación, por lo que los hombres prefieren el alcohol para trabajar su memoria y los cambios de identidad. Pero en este caso se arriesgan a ser considerados alcohólicos *tout-court*. No obstante existe una versión machista de la carrera histriónica: se trata de la Psicopatía. Los psiquiatras ahora le llaman personalidad antisocial, pero este nombre es un tanto aborrecido y poco mediático. Psicópata es el nombre que viene en las películas y que le da derecho a volverse una celebridad. (A propósito, es bueno tener una televisión en la habitación para ver las películas que pasan después de media noche). Le aconsejo que se identifique con los héroes de las películas de acción y a pensar que ser psicópata no es malo de todo.

Para ser psicópata, también debe buscar experiencias fuera de los límites, confundir su identidad y confundir la memoria. Mientras tanto, acostúmbrese a usar métodos más radicales. ¿Por qué no tener varios nombres, incluyendo un carnet de identidad diferente para cada uno? ¿Por qué no habituarse a los disfraces, usando peluca y barba? Tiene a su disposición todos los recursos del histriónico, pero usted necesita muchos más porque sus aventuras deben de ir más lejos. Lo cierto es que las mujeres consiguen ser mejores en el teatro y manipular a los otros con el deseo que provocan. Un chico no es tan bueno en este arte, (pero puede intentarlo) y a veces tiene que imponerse por la provocación del miedo. Debe habituarse a ese atributo de las hormonas masculinas que es la violencia.



¿Como se habituará a ello? Bien, tiene que comenzar muy pronto, aprovechando la edad en que todos los niños, bajo la irrupción de las hormonas, comienzan a transgredir y a hacer tonterías. En general, ellos acaban por dejarlo, bien porque los padres los frenan, bien porque se llevan algunos sustos o bien porque se enamoran. Pero usted, que optó por esta carrera, no va a ser frenado por ninguno de estos motivos y va a continuar toda la vida transgrediendo. Para eso, tiene que sentir que el crimen compensa. Y lo mejor es habituarse pronto, en la época en que sus amigos admiran a quienes consiguen poner a los adultos en polvorosa, cuando las autoridades todavía son indulgentes. Si aguanta eso hasta los 20 años, tiene una carrera garantizada.

Para comenzar, tiene que frecuentar varios ambientes, cuantos más mejor. Como todos hacen, pedirá dinero prestado en un círculo de amigos, pero, al contrario de otros, que se mantienen con los mismos amigos, salta luego para otro círculo, con el fin de nunca pagar. Del mismo modo, si se olvidaran alguna cosa en su casa, olvídense usted también de quien es el propietario. Actuando de este modo, es natural que alguien le pida cuentas. Endurezca la voluntad y si eso no llegara, organice una disputa que le permita cortar con los antiguos amigos e imponer el respeto de los nuevos. Hábituese entretanto a huir de casa, pero no vuelva el mismo día. Vuelva solo cuando sus padres ya estén desesperados y, de hijo alocado pasará a hijo pródigo. Tal como el histriónico juegue con las emociones de los otros, pero llévelas al extremo. Acreciente la seducción hasta el temor.

Viaje, viaje mucho, frecuente las noches, las calles y locales clandestinos, que no faltarán personas que le propongan nuevas aventuras. Entretanto, no baraje la hipótesis de cumplir algún compromiso, pues es exactamente eso lo que se espera. Lo importante es no estar mucho tiempo en un solo lugar ni con una sola persona, porque así podría crear algún vínculo de amistad o de amor, lo que lo llevaría a tener compasión por el sufrimiento de los otros. Utilice a los demás solo para satisfacer sus deseos, y échelos a continuación. Si existe



una sombra de culpa, queda bloqueado en su carrera. Por eso siempre que vea a alguien sufrir piense que es de otra especie (aprenda a cultivar el racismo) y métase en otra aún peor. Aunque alguien tenga que morir, solo es complicado la primera vez, a las otras se habituará. Actúe 10 veces antes de pensar, dé largas a sus impulsos y satisfaga siempre sus apetitos. Puede hiperventilar, puede beber, pero sobre todo embébase en nuevas aventuras, cada vez mayores, de modo que nunca lo dejen pensar, a no ser para preparar la próxima. Los especialistas hasta tienen un nombre para esto: *acting-out*.

Puede pasar, primero por correccionales, después por prisiones. Son nuevos cambios de ambiente, donde aprenderá muchas cosas interesantes para su carrera, y nuevas oportunidades de grandes aventuras. Pueden llamarle malo, criminal o incluso psicópata. Pero, ¿qué hacer? Lo mejor es adaptarse a eso y verse como los otros lo ven. A veces también pueden sufrir castigos o lesiones físicas. Debe acostumbrarse a ello, siempre pensando en lo que va a hacer a continuación, mientras otros (tal vez médicos) cuidan su cuerpo. Tomar el dolor a cuenta del placer que sigue, solo multiplica el placer.

Debe tener absolutamente claro que no le importa morir. Verá el poder que eso le dará. Además, si muere tampoco se dará cuenta. Lo cierto es que nunca pensó en sí mismo como persona, no sabe si existe o no. Quien nunca estableció vínculos con otros, quien no conoce a otros como personas, tampoco se reconoce como proyecto futuro. Sólo el gozo inmediato y después se reconoce. Vuelve al estado primitivo, y siempre puede argumentar que la vida es una selva. Tal vez sobreviva.

Si sobrevive, aún tiene alternativas a su disposición. Métase en las drogas, cuanto más mejor, diríjase a un centro de atención de toxicómanos, lea un poco de la sección de maníaco-depresivo, relaciónese sexualmente con mujeres y hombres, infrinja castigos corporales, y tendrá una gran probabilidad de que le concedan la distinción de personalidad *borderline*, con derecho a ser mencionado en los congresos científicos. Vaya a la guerra como mercenario, trabaje por cuenta de gangs, y será muy bien pagado. Consiga dinero, vaya a un



país donde existan fuertes garantías de libertades individuales, estudie la ley y pague a un buen abogado y tendrá una vejez garantizada. Métase en negocios, en la gran especulación financiera, y la propia ley sancionará su carrera. Si opta por eso, tiene, por lo menos, la ventaja de que nunca se encontrará, cara a cara, con sus víctimas. Si, aconsejado por los abogados, se involucra a su vez en acciones beneméritas, hasta puede llegar a merecer una estatua.



5

CÓMO VOLVERSE MANÍACO-DEPRESIVO

Objetivos a alcanzar para el trastorno bipolar I, episodio maníaco reciente (DSM-IV)

- A. Actualmente, o muy recientemente, un episodio maníaco.
- B. Existió previamente, al menos, un episodio depresivo mayor, episodio maníaco o mixto.
- C. Los episodios no están superpuestos a una esquizofrenia, trastorno esquizo-afectivo, trastorno esquizofreniforme u otro trastorno psicótico.

Nota: Los criterios del DSM-IV para los trastornos del humor (depresiones o manías) están muy confusos; en estos cuadros hicimos lo mejor que creímos para simplificarlos, mientras en el texto esclarecemos su relación con la nomenclatura psiquiátrica más clásica.

Lord Byron, Schuman, Beethoven, Balzac, Hemingway, William Faulkner, Virginia Wolf, Althusser, Edward Munch, Paul Gauguin, Antero de Quental. ¿Oyó hablar de alguno de estos genios creativos? Pues bien: todos ellos tenían psicosis maníaco-depresiva, y la asocia-



ción enfermedad y creatividad no es pura coincidencia. La psicosis maníaco-depresiva (que ahora tiene el estúpido nombre de trastorno bipolar) no es sólo una enfermedad de los genios: es también una enfermedad que confiere la genialidad creativa. Pero desengáñese. Para llegar ahí es preciso pertenecer a una familia tocada por el fuego, en palabras de Kay Jamison, también portadora de esta enfermedad.

Probablemente será una familia ilustre, ya que la enfermedad posibilita el ascenso social. Como, además, salimos de un país rural, alguno de sus antepasados habrá sido, al menos, navegante o emigrante. Si es así, prepárese para pasar por períodos de su vida semejantes, al de la hibernación de los osos, o la migración de las aves. Indiferencia, lentitud, apatía, a veces, energía, vivacidad y decisión, otras. Es muy posible que todos seamos un poco así, al ritmo de las estaciones del año, entusiasmados con luz del Astro Rey, adormecidos con el calor del sol o vibrantes con el aire helado, perturbados con los equinoccios de la primavera o del otoño (el nacimiento de la primera flor y la caída de la hoja), variables con las fases de la luna. El problema es que, vaya a saber por qué, algunas personas de su familia exageran.

Si abre un libro científico sobre la psicosis maníaco-depresiva, encontrará un rol de teorías que le hablan de varios neurotransmisores que actúan en diversos receptores, una cosa muy complicada. Es cierto que eso es para comprender la actuación de los medicamentos y, tal vez, para promover su venta. Aunque, entre nosotros, que no estamos interesados en comprimidos, pero sí en la promoción de la enfermedad, el problema es bastante más simple. En una palabra, lo que importa es desorganizar los ritmos de su cuerpo.

Este problema no tiene por qué afligirlo desde la infancia. Por el contrario, el fuego que viene de sus genes puede hacer de usted un niño brillante, creativo y lleno de actividad. Aquello que se llama una persona de éxito. Por cuánto tiempo, es muy difícil de saber, ya que la riqueza de espíritu no dura siempre. El problema es esperar a la primera depresión, que puede llegar a los 15 o a los 70 años. Y eso depende mucho de su vida afectiva, de su inserción social o de su profesión.



Para llegar a la enfermedad, me atrevo a darle un consejo: haga todo a su aire, pero sólo a partir de cierta edad. En realidad, si usted tuviese una vida bien estructurada y llena de responsabilidades, con horarios que cumplir, con tareas que desempeñar, comidas, hora para levantarse, se arriesgaría a no desincronizar su reloj corporal ni tendría tiempo para darse cuenta de sus angustias internas. Eso es lo que deberá hacer durante su infancia y juventud, con el fin de crear una personalidad activa y sana, reconocida por el círculo de sus amigos y familiares, todos ellos dispuestos a apoyarlo y a disculpar sus excentricidades. Así, todo irá bien y, cuando comiencen los problemas, todos reconocerán que son debidos a la enfermedad. Por el contrario, si empezase a hacer las cosas a su aire muy pronto, entraría fácilmente en la tontería, pasaría por las drogas, tendría dificultades para establecer su identidad, y el mejor diagnóstico a que podría aspirar sería al de una personalidad *borderline*. Cosa demasiado banal, en los días que estamos.

**Objetivos a alcanzar para el episodio depresivo mayor
(DSM-IV)**

- A. Están presentes 5 o más de los siguientes síntomas durante un período superior a dos semanas, representando una clara alteración del funcionamiento anterior. Los síntomas (1) o (2) están obligatoriamente presentes.
- (1) Humor depresivo durante la mayor parte del día, casi todos los días, sugerido por la experiencia subjetiva o por la observación de los demás.
 - (2) Notable disminución del interés y placer en todas o en casi todas las actividades durante la mayor parte de los días.
 - (3) Pérdida de peso (sin hacer dieta) o aumento de peso, o pérdida o aumento de apetito casi todos los días.
 - (4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 - (5) Agitación o inhibición psicomotora casi todos los días, observable para los demás.

continua en la página siguiente...



...viene de la página anterior

- (6) Fatiga o pérdida de energía, casi todos los días.
- (7) Sentimientos exagerados de desvalorización o culpa excesiva, que pueden ser delirantes.
- (8) Disminución de la capacidad de concentrarse y pensar, o indecisión.
- (9) Pensamientos recurrentes acerca de la muerte, intención suicida o tentativa de suicidio.
- B. Los síntomas no cumplen los criterios del episodio mixto.
- C. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deficiencia en el funcionamiento social, profesional o familiar.
- D. Los síntomas no se explican por el efecto fisiológico directo de una sustancia (drogas, medicamentos) o estado físico general (p. ej. hipotiroidismo).
- E. Los síntomas no se explican por el duelo que se lleva por la pérdida de un ser querido.

Por lo tanto, el problema no está en cómo hacerlo a su aire, sino cuándo. Para que su caso sea típico, le aconsejo hacerlo a edad adulta. Mientras tanto deberá cuidar su formación e incluso constituir una familia. Pero por precaución evite demasiadas responsabilidades y consiga una profesión donde tenga la posibilidad de cumplir los horarios que le apetezca. O que le permita fácilmente atrasos, faltas y bajas sin repercusión en su rendimiento económico. Después espere una situación de tensión, conflicto o pérdida, de esas que acaban por surgirle a todo el mundo, con tal de que viva los años suficientes. Esto puede suceder en el área profesional, familiar o afectiva. Cualquier cosa que, por lo general, le disguste. Aunque eso queda entre nosotros porque, por más grave que sea el problema, usted habituado a resolverlo todo, en un principio lo desvalorizará y no va a admitir que está triste por ello. Sería demasiado normal.

Después, es preciso esperar el momento oportuno del año, por lo general cerca de cada equinoccio. Si es para empezar con una depre-



sión, le aconsejo a finales de primavera, cuando todos los demás comienzan a renacer con el sol, a observarse los unos a los otros. En ese momento y contra corriente, es su ocasión para declararse enemigo del sol. Métase en casa y cierre todas las ventanas y las persianas. Si tiene que levantarse por la mañana, hágalo lo más tarde posible reconociendo que su disposición para levantarse no es grande. Para eso, busque cualquier pretexto menor, alguien que no lo trató como merecía, que no le saludó, cualquier contratiempo así. Ponga cara de enfado y verá como no es difícil buscar pretextos de estos.

Durante el día, tan pronto le sea posible, enciérrese en casa. Acuéstese en cama (o en su sofá preferido) a oscuras, con el propósito de dormir. Si tuviese cosas que hacer, aplécelas. Evite contactos con otras personas y deje de cumplir sus compromisos. Puede incluso, entretenerse pensando en todas las cosas que tendrá que resolver durante su vida y verá como no es posible vivir. La solución es simple: dormir tanto como pueda (descubrirá que, a pesar de pasar 24 horas acostado, no le es posible dormir todas esas horas). Compruebe cómo pasó un día más desocupado. Por supuesto, durante la noche, no tiene sueño. Quédese mirando para el aire, o mejor aún, para las porquerías de la televisión. Después de un día somnoliento, va a pasar las noches en blanco, es así cómo va a conseguir desincronizar el reloj de su cuerpo.

Esto sólo es el principio, porque el ciclo se repetirá a menudo, y cada vez peor. Además de evitar los encuentros banales, empieza a faltar a los compromisos importantes. Usted no se preocupe por nada, que alguien le cuidará. Si alguien le critica, mejor. Usted sabe que merece todos los insultos porque se convirtió en un trapo inútil, el ser más despreciable de la humanidad. Trabaje su culpa e imagine los castigos que merece. Perdido por diez, perdido por mil. Para usted, sólo la cama, la oscuridad, la nada. Muy cerca de la muerte, que sería bienvenida. Ni siquiera llora (se le acabaron las lágrimas): sólo aquella expresión parada, aquella lentitud. Sólo de pensar en un movimiento siente un peso de toneladas, para salirle una palabra tiene que recorrer todo el diccionario. ¿Comida?: ¡Qué cansancio! ¿Sexo?:



¡Qué estupidez! ¿La vida?: ¡Un peso imposible! ¿El futuro?: Un mar de calamidades.

Sintiéndose así, se encuentra tan desincronizado que su organismo reacciona hibernando. Pero de vez en cuando sus astros internos se sincronizan y puede sentir, de repente, una efímera felicidad. Es muy posible que esto le empiece a ocurrir al final de la tarde o quizá por la noche. Pero usted, como está tan preocupado por dormirse no le da importancia. A la mínima oportunidad trata de dormir, y lo máximo que alcanza son buenos sueños. Va a tomar pastillas para dormir. Pero cuanto más las toma, más se desincroniza, ya que su organismo se habitúa a ellas y, ya no le hacen efecto, empieza el insomnio... y la angustia. Su reloj corporal es caótico y usted merece el diagnóstico de depresión mayor con melancolía. Para aumentar al máximo la graduación (con componente psicótico), basta salir un poco de la realidad y suponer, por ejemplo, que ya está podrido, que está casi muerto y esperando ser enterrado (los especialistas denominan esto como delirio de Cotard).

Los tres párrafos anteriores no representan nada para describir el verdadero martirio de la depresión. El proceso puede prolongarse durante meses o incluso años, mejorando a veces, la mayor parte empeorando, ya que cada decisión que toma es siempre en su contra. Está claro que existe tratamiento para esto, pero usted no se decide a ir al psiquiatra. Tal vez se entretenga con otros especialistas alternativos, tomando medicamentos irrelevantes o insuficientes, que harán que su depresión se cueza a fuego lento. Así tendrá tiempo suficiente para poner en duda toda su vida y, quien sabe, tomar decisiones negativas. Algún día se cansará, aunque también debo decirle que la verdadera depresión no dura siempre.

Si fuese al psiquiatra y éste lo supiese tratar (y usted aceptase el tratamiento), puede tener la seguridad que después de tres semanas se sentiría mucho mejor. Si no, tendrá que esperar que la naturaleza (o tal vez las estrellas) den por finalizado su sufrimiento. En uno u otro caso, usted despertará una mañana, abrirá la ventana de su habitación y verá lo bonito que es ver nacer el sol. Ese día se sentirá fe-



liz y todo irá bien. Se sentirá estúpido por el estado a que se dejó llegar, y pensará en recuperar el tiempo perdido. Si continúa por su cuenta (o si llegó a ese estado con la depresión), puede poner de inmediato manos a la obra y prepararse para la manía.

Objetivos a alcanzar para el episodio Maníaco (DSM-IV)

- A. Un período distinto de humor anormal y persistente, expansivo o irritable, con una duración superior a una semana (o cualquier tiempo cuando tenga que ser hospitalizado).
- B. Durante este período, persistirán, en grado significativo, 3 o más de los síntomas siguientes:
 - (1) Grandiosidad o autoestima excesiva.
 - (2) Disminución de la necesidad de dormir.
 - (3) Más hablador de lo habitual, y necesidad de seguir hablando.
 - (4) Fuga de ideas o experiencia subjetiva de aceleración del pensamiento.
 - (5) Distraibilidad, es atraído por estímulos externos irrelevantes.
 - (6) Aumento de la actividad dirigida a determinados objetivos (sociales, profesionales, sexuales), o agitación psicomotora.
 - (7) Implicación excesiva en actividades agradables pero potencialmente peligrosas (por ejemplo, gastos extravagantes, sexo indiscreto o negocios ruinosos).
- C. Los síntomas no cumplen los criterios de episodio mixto.
- D. La alteración es suficientemente intensa para provocar un déficit apreciable en el funcionamiento profesional, social o en las relaciones con los demás, o es necesaria la hospitalización para prevenir daños a sí mismo o a los demás, o existen características psicóticas.
- E. Los síntomas no se explican por el hecho fisiológico directo de una sustancia (drogas, medicamentos) o estado físico general (por ejemplo: hipertiroidismo).



Puede o no aparecer. Si no es esta vez, puede esperar a la próxima. Aún así me arriesgo a darle algunos consejos para que se vuelva maníaco lo más rápido posible. Lo importante es mantenerse a su aire y hacer cosas que le entusiasmen. Si antes le recetaron antidepresivos, tómelos ahora en grandes cantidades. Usted renació: está satisfecho y efusivo, se convierte en un verdadero seductor y no le resulta difícil llevar a los demás a su terreno. Por otro lado, se vuelve optimista y ya no admite que las cosas le vayan mal. Se siente lleno de energía y está dispuesto a arriesgar, sea en lo que sea. Arriesgue: haga proyectos, preséntelos a los demás, que no se resistirán a su dinamismo. Continúe levantándose temprano, trabaje mucho, sobre todo por la noche. O sea: duerma poco y, si es posible, pase las noches en blanco. Este es el verdadero examen. Si, después de unas cuantas noches en blanco, se siente con más energía, usted tiene derecho a una verdadera manía.

Va a continuar haciendo proyectos y propuestas y pasa de unos a otros según las ocasiones. Su alegría es contagiosa: alegra a los demás, que a su vez, lo alegrarán a usted. Toma las decisiones más temerarias en lo referente al amor, la profesión o los negocios. Es natural que muchas cosas le salgan bien. Si van mal, no tiene tiempo para pensar en ello, porque está siempre pasando de una iniciativa a otra. Habla sin parar, de tal modo que, a pesar de su buena memoria, ya no consigue acordarse de lo que dijo antes. Todo sin dormir y, tal vez, sin acordarse de comer. ¡Usted a su aire! En compensación, su energía que estuvo adormecida con la depresión, es ahora cada vez mayor (¿paradojas de la naturaleza, o la ley del péndulo?). La sexualidad, también por su cuenta, no conoce ningún freno. Está a la altura de grandes realizaciones, de poner en acción las más escondidas fantasías. Puede hacer discursos para las masas atónitas bajo su ventana, exhibirse como espontáneo en un espectáculo de ópera o intentar robar un submarino a la Marina.

No olvide que muchas obras de grandes creadores fueron realizadas en una de estas fases, después de haber perdido mucho tiempo a causa de la depresión. Es cierto que pertenecían a los elegidos,



aunque estaban poco interesados en ser enfermos mentales. Por eso mantuvieron su manía cociéndose a fuego lento, buscando el apoyo de psiquiatras, la crítica de amigos y, sobre todo, la disciplina que habían adquirido en sus oficinas. Evitarán hacer las cosas por libre. Por favor, lector, si está verdaderamente interesado, en los objetivos de este libro, no siga estos ejemplos. Haga cosas más grandiosas y disparatadas, cambie de asunto, busque su alimento a la falta de sueño. Rápidamente entrará en tal confusión, que alguien lo llevará, a pesar de sus protestas, al hospital. Así, sin oír las objeciones que ocasionalmente le consigan dar, puede continuar su desquiciado juego del gato y el ratón, ensayando fugas, rechazos, faenas, logros y seducciones. Lo peor es que, hoy, existen medicamentos realmente eficaces.

El resto de su carrera depende de la forma que va a emplear con esos medicamentos. Imagine que existen personas que, tratadas adecuadamente y aceptando el tratamiento, sólo tiene una de esas fases durante su vida que, en todos los aspectos, se vuelve normal. No fue precisamente para eso por lo que leyó este libro y, por lo tanto, vamos al resto. Por si acaso a usted le aconsejo tomar, inicialmente, los medicamentos prescritos. Por un lado, puede tener la suerte de encontrar un psiquiatra que le dé medicamentos que destrocen su próximo episodio, depresivo o maníaco. Por otro lado le pueden recetar una simple sal de litio u otro medicamento tranquilizador del humor (un antiepiléptico). Efectivamente si tomase tales medicamentos, podría verse libre de nuevos episodios. Aunque puede que los tome quizá durante algún tiempo para dejarlos súbitamente después. Parece que esta es la mejor manera de ganar resistencia al tratamiento y desincronizar más su reloj, con el adicional premio de más episodios maníacos y depresivos.

Cuando logre dejar los medicamentos será el mismo. Aunque por lo que conozco de algunos interesados, el mejor momento es cuando se aproxima la época de una nueva manía, quizá en otoño. Seguramente conoce las señales de que se está aproximando: levántese temprano con la sensación de que va a vencer el mundo, adora



la luz y los colores, se siente con energía para dar y tomar, retoma los viejos proyectos, trabaja mucho, no consigue parar. Se olvida de las horas y, sobre todo, de la hora de tomar los comprimidos. Su optimismo le convence de que ya no precisa tratamiento, y ahí está su sensación de (demasiado) bienestar para ponerlo a prueba. Deje los medicamentos y entrará, con seguridad, en un nuevo episodio maníaco. Después, ya sabe: deje de dormir, actúe por su cuenta, exagere sus hazañas y alguien (incluso la policía) lo llevará al hospital para entrar de nuevo en el juego del gato y el ratón.

Los medicamentos, ahora, quizá no le sienten tan bien, y el ciclo va a recomenzar. Es natural que la manía se transforme en depresión, una buena ocasión para arrepentirse y avergonzarse de las locuras que hace, sentimientos superpuestos a la culpa y pesimismo propios del estado depresivo. Aférrese desesperadamente a los medicamentos antidepresivos, convenciendo a su psiquiatra de que está dispuesto a llevar a cabo una medicación correcta hasta la siguiente oportunidad. Si se ayuda con bebidas alcohólicas, puede confundir más el esquema de los tratamientos y de sus altos y bajos.

La evolución es ahora imprevisible. Puede tener un ciclo cada año (un episodio maníaco y otro depresivo), al ritmo de la traslación de la tierra, eventualmente con uno u otro año de interrupción, o puede funcionar al ritmo de traslación de la luna, con más de 4 ciclos anuales. En este caso se trata de una manía de ciclos cortos, y parece que lo más fácil para alcanzarla es abusar de los antidepresivos. Con todas estas vueltas, su vida va a quedar hecha un desastre. Aunque los servicios de salud no se pueden negar a cuidar de usted siempre que sea necesario y no le quede nada que esperar. Usted está verdaderamente enfermo.



Variante 1. Enfermedad afectiva estacional

Objetivos a alcanzar para el trastorno bipolar estacional (DSM-IV)

- A. Relación temporal entre los episodios depresivos y un período determinado del año (episodio depresivo en Otoño o Invierno).
- B. Remisiones completas (o cambio de la depresión a la manía o hipomanía) en un período determinado del año (por ejemplo, la depresión desaparece en la Primavera).
- C. Presencia de dos episodios depresivos, en los dos últimos años, con la incidencia estacional descrita, aunque no estacional.
- D. Los episodios depresivos estacionales, que ocurran durante la vida del enfermo, son más frecuentes que los no estacionales.

En 1984, los americanos descubrieron una nueva enfermedad, la SAD (Seasonal Affective Disorder). Como todo lo que proviene de los americanos, esta invención da mucho que hablar. SAD parece una buena designación para *marketing*, aunque no dice nada nuevo. Primero porque no se trata de una enfermedad del afecto, aunque sí, del humor, como son todas las manías y depresiones. En segundo lugar, porque todas las manías y depresiones tienen alguna incidencia estacional. ¿De qué se trata entonces? Pura y simplemente, de una depresión que ocurre frecuentemente en invierno, sobre todo en los países lejanos del Ecuador (encima o debajo del paralelo 35). Como nuestro país está en el límite, también nos concierne esta bendición.

La verdad, no sé si se trata de una verdadera enfermedad o de un estado banal, ya que muchos de los enfermos con los que se realizaron los primeros estudios fueron convocados por anuncios en los periódicos en donde se describían los síntomas: tristeza, irritabilidad, pesimismo, falta de interés sexual, dolores, fatiga, lentitud, hipersomnolencia y un especial apetito por los hidratos de carbono con el con-



siguiente aumento de peso. Como es típico de la sociedad de consumo (a la que la psiquiatría no excluye) fue la oferta la que determinó la búsqueda. Por eso, si el lector se siente así en los inviernos fríos y oscuros, se puede presentar a su psiquiatra con un diagnóstico ya hecho. Aún así, los síntomas son variables y en diversos grados. Decidir si se trata de una enfermedad autónoma, de un estado fisiológico de adaptación al invierno o de una depresión clásica con algún síntoma atípico, puede ser un problema para el psiquiatra.

Para el lector practicante va a ser lo mismo, ya que tiene una verdadera oportunidad de desarrollar la carrera de maníaco-depresivo. Más aún, los que padecen la enfermedad afectiva estacional tienen la posibilidad de tener, también, episodios maníacos: uno en el final del episodio depresivo, de Marzo a Abril, otro antes, de Septiembre a Octubre. Si estudió bien la carrera de los maníaco-depresivos, ya sabe cómo puede forzar los episodios de energía y euforia (y falta de sueño). Hasta puede pasar a las depresiones o manías clásicas, con episodios en otras fases del año. Todo depende de la capacidad de desincronizar el reloj corporal con cualquiera de las alternativas que le indique, incluyendo la irregularidad de la medicación que el psiquiatra le indica.

De hecho los medicamentos para esta enfermedad son los mismos que los de otras manías y depresiones. Ahora se especula mucho sobre la omnipresente serotonina (en este caso ella está ausente: dicen que la búsqueda de chocolates e hidratos de carbono tiene que ver con el autoabastecimiento de este neurotransmisor). Aunque la enfermedad afectiva estacional tiene un medicamento eficaz: la luz del sol durante la mañana. Varias empresas empezarán a fabricar la luz del sol y a comercializarla de todas las formas y maneras. El último producto consiste en una gorra con una lámpara incrustada por debajo de la visera. Llamativa y con un bonito *design*. El lector los puede encontrar en Internet si escribe el nombre de la enfermedad en cualquier buscador.

Es posible que la enfermedad afectiva estacional no sea muy diferente de las otras depresiones o manías. Sólo que, para la depre-



sión de invierno no es necesario declararle la guerra a la luz, ni encerrarse en casa. En los países cerca del polo donde surgen, es el sol el que nos falta durante buena parte del año. De cualquier modo, las investigaciones en relación con la enfermedad tienen la ventaja de demostrar que aquello que controla nuestros ciclos de energía y, por lo tanto, las manías y depresiones, son los astros (sobre todo el Astro Rey), en relación con la sincronización del ritmo de producción de nuestras hormonas. Nada que nuestros antepasados (¿y los astrólogos?) no supiesen.

Variante 2. Depresión unipolar

Objetivos a alcanzar para el trastorno depresivo, recurrente (DSM-IV)

- A.** Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.
- B.** Exclusión de perturbación del espectro esquizofrénico u otra psicosis.
- C.** Ausencia de episodios maníacos, hipomaníacos o mixtos.

Quizá haya dado indicios para iniciar una u otra, es más fácil llegar a la depresión que a la verdadera manía. Si ya tuvo depresión, y llegó a alcanzar la manía, intente otra depresión pasado algún tiempo. Si consiguió la primera, ya aprendió con su experiencia y ya sabe cuáles son las mejores soluciones que admite su caso. Estamos hablando de antecedentes, pretextos, modos de relacionarse con los demás. Este último pormenor es muy importante, pues nunca se sabe cuál va a ser la reacción de los demás. Pueden tratarlo mal, lo que tal vez le ayude a mejorar (nunca se sabe) o a empeorar. Aunque lo hayan tratado de la mejor manera posible, eso puede aumentar su culpa y por lo tanto agravar su estado. Pueden finalmente cambiar completamente y someterse a sus caprichos, lo que le da un enorme poder. Sólo después de probar es cuando se sabe lo que puede suceder.

Por encima de todo ya sabe cuál es la estación del año más propicia para su depresión, y puede automatizar las rutinas que lo lle-



ven directamente al empeoramiento. Hay personas que aprenden a adivinar a través de pequeñas rutinas diarias. También conoce la mejor manera de evitar que lo lleven al psiquiatra. Le aconsejo que pruebe a ir después de un tiempo para ver si, con los medicamentos, consigue tener alguna manía. Hay quien lo consigue, al menos por unos días, después de tratarse con antidepresivos, aunque es muy efímera y no llega a ser una verdadera manía. Algunos especialistas pueden, en este caso, concederle el diagnóstico de trastorno bipolar tipo II.

Si no consigue llegar a la verdadera manía, insista, vuelva a intentarlo año tras año. Mientras no llegue, tiene, por lo menos, derecho al diagnóstico de depresión unipolar recurrente. Pero no pierda la esperanza. Si tiene una larga vida, aún puede llegar. Hay quien alcanza una manía después de 10 episodios o sólo después de 80 años. Si falleciese antes quedaría en *depresión unipolar*. Ha de tener en cuenta que todo es muy subjetivo. Además del caso de la bipolar tipo II, en que no hará grandes tonterías durante la manía, tan sólo unas compras excesivas, es natural que, entre las depresiones, ande bien dispuesto y lleno de optimismo, con energía para hacer muchas cosas y tal vez con éxito. Y puede, incluso que se enamore, después de una depresión, aunque ¿quién puede llamar a esto manía? Seguro que usted no se queja y cuando nadie se queja, nunca llegará al psiquiatra ni al diagnóstico.

Llegar o no al diagnóstico de manía va a depender de su profesión, de su status social, de las personas que dependen de usted (o están esperando su dinero), de la forma cómo están habituadas a verlo (es por lo que le aconsejé iniciar la enfermedad tardíamente). Espere. La depresión unipolar ya no está mal, porque le confiere algunas disculpas y privilegios. Pruebe, por ejemplo, la frase clave: “no me lleven la contraria porque me pongo enfermo”. Lo que importa es que viva la vida lo mejor posible y, si eso incluye éxito y una rara felicidad a costa de algunos episodios de sufrimiento (que lo disculpan socialmente), sólo le puedo dar la enhorabuena. Aunque si fuese esa su opción, es mejor contenerse de entusiasmos exagera-



dos y, sobretodo, no desincronizarse con noches en blanco u horarios estrafalarios.

Finalmente, hay otra manera de tener una depresión unipolar, quizás poco sofisticada y muy próxima a la distimia, que trataremos al final de este capítulo. Con la vida difícil y acelerada que tenemos, existen muchas cosas que nos disgustan. Basta ver un telediario para constatar las tragedias diarias que tenemos que vencer. Aunque no es sólo eso: durante nuestra vida existen pérdidas inevitables, que van desde amores y personas queridas hasta propiedades, expectativas, sueños de una vida o hasta el amor propio. Claro que esto es natural, y la naturaleza colocó a nuestra disposición los medios para resolver el problema. Aceptar la pérdida, es el primer paso. Entristecerse y llorar, la segunda. Con el apoyo de los demás, vamos aprendiendo a defendernos. Aprendemos que cada cosa que se pierde puede dejar un vacío, aunque con el tiempo será sustituida por otra. Eso es el cambio, la adquisición de madurez y la esencia de la vida.

Por ello, si el lector quiere ser enfermo mental a la fuerza y no tiene talento ni surge cualquier otra enfermedad, aproveche esta oportunidad. Al primer percance de este tipo, no llore ni se ponga triste. Aproveche, incluso, para no pensar mucho en el asunto, evitando hablar con amigos o familiares. En vez de todo eso, diríjase inmediatamente a un psiquiatra (o a una clínica general) de esas que demoran 10 minutos por consulta. Cuéntele cómo se siente y, si estuviese reticente, acreciente el mal diciendo que estuvo cerca de morir (lo que puede ser verdad). Saldrá de allí con una receta de antidepresivos y un diagnóstico de depresión tout court. También tiene la posibilidad de obtener una baja o quizá que le internen, aprovechando ese acto para desincronizar sus ritmos o, quién sabe, contraer cualquier otra enfermedad. En general, mejora después de un tiempo, cuando se repara la pérdida y, sobre todo, cuando deja los medicamentos y vuelve a la vida normal.

Mientras tanto, un sólo episodio no llega para el diagnóstico de depresión unipolar recurrente. Por ello, tiene que aprovechar el pró-



ximo contratiempo para dar los mismos pasos. También, eso es muy fácil porque la única cosa que aprendió, para defenderse de la tristeza fue recurrir al circuito médico. Otros oyen música, leen o escriben, trabajan más, se dedican a otras personas, cambian de vida, hacen compras, se arreglan más, pero usted se acuesta a dormir y toma comprimidos. Sólo un consejo: si quiere alcanzar este objetivo morbido, nunca vaya al psicólogo. Como él no puede recetar comprimidos, le podría enseñar alguna de estas defensas.

Variante 3. Manía unipolar

Objetivos a alcanzar para el trastorno bipolar I, episodio maníaco único (DSM-IV)

- A.** Presencia de un episodio maníaco único sin episodios previos de depresión mayor.
- B.** Este episodio no existe en el contexto de un trastorno del espectro esquizofrénico.

Tanto en la depresión como en la manía, su energía anda alternativamente desequilibrada. Por eso son ambas bipolares. Aunque ya que están definidas las depresiones unipolares ¿por qué no las manías unipolares? Todo depende de lo que se considere normal. Si usted fuese siempre una persona triste, circunspecta y pesimista (realista y lúcida, como dicen algunos) cualquier período de entusiasmo (¿amoroso?) le da derecho a poseer, por lo menos, un estado maníforme. Los obsesivos y los fóbicos no están libres de eso.

Salvo esto, el problema está en que la manía es más difícil de alcanzar que la depresión. Si perteneciese, verdaderamente, a una familia elegida, tal vez consiguiese entrar directamente en una manía después de muchas noches sin dormir ayudado por doppings o, simplemente, café. Es muy posible que eso suceda mientras estudia, por lo tanto desde muy joven. En este caso sus ideas de juventud lo pueden llevar a inventar ideologías poco corrientes, y pueden to-



marlo por un esquizofrénico. Otras veces, mezcla tristeza con euforia, la irritabilidad con el buen humor, el pesimismo en medio de un discurso torrencial, llevándolo a lo que llamamos manía mixta.

Esto sirve para comprobar que la manía unipolar, además de rara, también es generalmente atípica. Por eso no estoy muy seguro de las recetas que le tengo que dar para provocarla. Puede suceder que aparezca sin hacer nada para ello (por ejemplo: después de un traumatismo craneal por accidente) y sin que yo ni nadie sepa por qué. El cerebro aún está en una caja cerrada que no se abre fácilmente. Es cierto que hoy existen medios imaginativos para estudiarlo, aunque debemos admitir que no es fácil de convencer a un maníaco para meterse en el túnel de una cámara de positrones y estar allí quietecito varios minutos. De cualquier modo, si el lector quiere pasar por las delicias de una manía unipolar, pruebe a emborracharse. Dicen que es lo más parecido.

Variante 4. Distimia y otras depresiones

Objetivos a alcanzar para la perturbación distímica (DSM-IV)

- A.** Humor depresivo durante la mayor parte de los días, la mitad de los días durante dos años consecutivos.
- B.** Presencia, durante este período, de dos o más de los siguientes síntomas:
 - 1. Disminución o aumento del apetito.
 - 2. Insomnio o hipersomnio.
 - 3. Fatiga o falta de energía.
 - 4. Baja autoestima.
 - 5. Dificultades de concentración o indecisión.
 - 6. Sentimientos de desesperación.
- C.** Durante estos períodos, siempre tuvo síntomas (de los criterios A y B) más de dos meses cada vez.

continúa en la página siguiente...



...viene de la página anterior

- D.** Durante los dos primeros años de la perturbación no existió un episodio depresivo mayor.
- E.** Nunca existió un episodio maníaco.
- F.** Sin perturbaciones del espectro esquizofrénico o psicosis delirante.
- G.** Los síntomas no son el resultado de medicamentos, drogas o trastorno orgánica (hipotiroidismo).
- H.** Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o perjuicio del funcionamiento profesional, social o familiar.

Existen hoy en el mercado decenas de antidepresivos diferentes, los que, naturalmente, tienen que venderse. Por eso también existen diversos ítems del DSM-IV que contemplan depresiones. Uno de los más amplios y, por lo tanto, más fácil de obtener, es la distimia, antiguamente llamada depresión neurótica. Por lo tanto, si el lector no tiene talento para cualquier otra sección y tiene la suficiente fuerza viva para ser enfermo mental, escoja esta variante. Aunque, también la puede tener en cuenta después de estar harto de las otras carreras, como la obsesiva, la agorafóbica, la de la personalidad evitante o del transtorno de somatización. Incluso es probable que un psiquiatra apresurado esté dispuesto a concederle ese diagnóstico en vez de cualquier otro. Con el apoyo de la literatura, él sabe que el tratamiento es simple –comprimidos– aunque la enfermedad sea crónica. O sea: tiene que ir varias veces a su consulta a buscar la receta, aunque nunca se encuentra mejor. Tal vez una buena designación para esta enfermedad sea “tubo de ensayo”, porque va a tomar los más diversos medicamentos (en general las últimas novedades del mercado y, por lo tanto, los más caros).

Ya hablamos de la distimia cuando hablamos de la variante de depresión unipolar, porque el inicio es muy semejante: a la menor contrariedad, al médico con él. Sólo que, en el caso de distimia, tiene que empezar desde muy joven y nunca más va a dejar los medicamentos ni volver a una vida normal. Y tampoco va a cambiar de



vida (a no ser que cambie para una vida enferma). Por eso, esta especialidad está especialmente indicada para aquellos que se meten en situaciones sin salida (por lo general mujeres), por ejemplo, un matrimonio insatisfactorio o cualquier otra dependencia social de la que no consigue salir. También puede suceder que, de joven, haya hecho expectativas de vida irreales que el día a día acabó por frustrar. Y entonces, que tenga descuidado el ejercicio de las capacidades mínimas para ejercer cualquier actividad autónoma relevante. En cualquier de estos casos queda preso en sus limitaciones, estar enfermo es la única profesión posible, y el ir al médico la única distracción aceptada por todos.

Se trata, pues, de una carrera simple (para usted y para el médico que le trata) que puede ser hecha sin gran esfuerzo. La esencia de la carrera está en no hacer ningún esfuerzo y transferir toda la responsabilidad a los médicos y sus medicamentos. Ellos van experimentando uno tras otro y puede formar en casa una verdadera farmacia. Algunos le van a causar nuevos problemas y puede conseguir nuevas enfermedades organizadas en el ambiente apresurado del médico de los 5 minutos. Hasta puede tener, entretanto, una depresión más profunda, con lo que ganará el derecho a tener una depresión doble. Con poco esfuerzo gana medicamentos, atenciones, bajas y, tal vez, subsidios. Es lo máximo que puede alcanzar, pues la carrera es útil para quien ya no tenía nada más que ganar en la vida.

Repito un consejo final: si le aconsejan ir a algún psicólogo o médico sin fe en los medicamentos y que prefiere hablar sobre sus problemas, huya de ellos. Le pueden proponer otros diagnósticos, sugerir terapias alternativas, ayudarlo a cambiar de vida. Sólo iban a solucionar problemas con su familia y tal vez, tuviese que gastar algún dinero extra (por ejemplo, comprar alguna cosa agradable, cambiar de casa, reiniciar estudios, irse de vacaciones o inscribirse en un gimnasio). Es verdad que esto sería tal vez más barato que los medicamentos que consume mensualmente. No obstante, los medicamentos siempre son pagados por el Estado, y las demás cosas no.



¿Y a quién, si no al Estado, compete preocuparse por usted? A fin de cuentas, él es el gran responsable de la vida compleja y difícil a la que no consiguió adaptarse.



6

CÓMO VOLVERSE ESQUIZOFRÉNICO

Objetivos a alcanzar para la esquizofrenia (DSM-IV)

- A. Dos o más de los siguientes síntomas, cada uno de ellos presente significativamente durante un mes (o menos, si fuese tratado, mientras tanto).
- (1) Ideas delirantes.
 - (2) Alucinaciones.
 - (3) Discurso desorganizado (por ejemplo descarrilamiento o incoherencia frecuente).
 - (4) Comportamiento claramente desorganizado o catatónico.
 - (5) Síntomas negativos, o sea, embotamiento afectivo, alogía o abulia.
- B. Desde el inicio de la perturbación y por un período significativo de tiempo, existió perjuicio de una o más áreas de funcionamiento, generalmente profesional, interpersonal o cuidado de sí mismo, quedando claramente por debajo del nivel previo de funcionamiento.
- C. Las señales del trastorno persisten continuadamente durante 6 meses o más. En este período debe incluirse por lo menos un mes (excepto que fuese tratado con éxito) de claros

continúa en la página siguiente...



...viene de la página anterior

síntomas del criterio A. Presentando el resto del tiempo síntomas prodrómicos o residuales; o sea, síntomas más atenuados de este criterio (por ejemplo: creencias bizarras o experiencias perceptivas poco habituales).

- D. No se presenta trastorno esquizo-afectivo o trastornos del humor (depresión mayor, o episodio mixto), a menos que estos episodios hayan ocurrido fuera del periodo indicado en B o con una duración más corta que éste.
- E. Se excluyen trastornos directamente relacionadas con la ingestión de drogas o sintomatología orgánica.
- F. En el caso que exista historia de autismo o trastorno global del desarrollo, puede hacerse un diagnóstico adicional de esquizofrenia si existiesen ideas delirantes o alucinaciones durante un período mínimo de un mes (o menos, si es tratado con éxito).

A pesar de que la esquizofrenia es un saco en donde se pueden meter cosas muy diferentes, debo advertir al lector que, aún así, no es esquizofrénico quien quiere. Tener la capacidad para ser esquizofrénico depende de una constelación de acontecimientos que los científicos todavía hoy buscan. Esa constelación puede ir desde el nacimiento en los meses fríos, tener problemas en el parto, soportar viriasis precoces, hasta la aparición casual de una agrupación de genes. Como intentamos descubrir los genes, debemos de dar mayor importancia a esta última hipótesis. Pero no quiero engañar al lector: no vale la pena buscar esquizofrénicos en la familia, porque los genes que se barajan son varios y, por sí solos, no son suficientes. Aunque tuviese los genes iguales a un esquizofrénico (un clon suyo o un gemelo monocigótico), sus posibilidades de tener la enfermedad estarían, sólo, entre el 30 y 40%, si calculamos la media de las muchas opiniones discrepantes sobre el asunto.

¿Cómo descubrir entonces que usted pertenece a los elegidos? Mucha gente trata de descubrirlo, aunque, la verdad nadie lo sabe



con seguridad. Tal vez sea mejor leer las novedades que se publican en las revistas. Si toma en serio eso de los genes, comience mirando su árbol genealógico, no necesariamente buscando a un esquizofrénico (debe de saber que es difícil conseguir dos pokers en dos jugadas consecutivas), más bien, alguien bizarro que intente ser muy especial y diferente a los demás, un desconfiado crónico (lea la sección de paranoides), una persona difícil de tratar o, tal vez, un genio emprendedor. En una palabra, lo que tiene que encontrar en su familia es una de esas personas cuyo comportamiento y forma de ser confunda a cualquiera que se encuentre con él.

Mire después para sí mismo y compruebe si tiene dificultades en contactar con los demás porque no sabe nunca en qué onda están, si le cuesta concentrarse, si nunca entiende bien lo que los demás quieren decir. Es posible que su cerebro no sea tan igual al de ellos (imagíne que, mientras el cerebro de los demás es monstruosamente asimétrico, el suyo tiene una simetría perfecta), y que usted tiene que realizar mucho esfuerzo para llegar a los mismos resultados. Con todo este trabajo hasta puede convertirse en un pequeño genio lleno de originalidad. De hecho, es posible que desarrolle algunas habilidades adicionales, como observar detalles que los demás no perciben o saber usar indistintamente sus dos manos para trabajos donde los demás sólo lo hacen con la mano derecha (o izquierda, si fuesen zurdos).

Lo que importa saber es si pertenece a ese 3 de cada 100 personas que pueden sufrir la esquizofrenia. Aunque eso no es suficiente porque, de esas 3, sólo una de ellas lo consigue. Es preciso mucho más trabajo y de eso nos vamos a ocupar a continuación. Tal vez no sea malo revisar la carrera de los paranóicos porque, en caso de estar premiado con la constelación necesaria, ese puede ser un camino directo para la enfermedad. Aunque existen otras alternativas.

Ante todo debe de estar seguro de que los resultados raramente aparecen antes de los 18 años y tal vez bastante más tarde, si fuese mujer. Hasta entonces es necesario preparar el terreno. El problema es que nadie sabe exactamente cómo. Posiblemente, lo más se-



guro es cultivar el aislamiento: contactar con el menor número posible de personas y aprender lo menos posible de la vida. Se debe de hacer lo que los adultos quieren, especialmente, las obligaciones escolares, para poder mantener la idea de ser una persona muy especial y, por ello, justificar la falta de participación en actividades lúdicas con sus amigos. Una cosa importante en este momento, es tener una vida rutinaria de modo que no se enfrente a situaciones imprevisibles y tumultuosas, donde tenga que poner a prueba sus emociones. Eso quedará para poco antes del inicio de la enfermedad (una cosa de cada vez).

Por lo tanto, de momento, vida rutinaria y monótona. Enciérrese en el hogar, en donde tendrá muchas oportunidades de iniciarse en un tranquilo juego de malentendidos. Si su familia está preparada para ayudarlo en la carrera, mejor. El esquema es el siguiente: nadie se entiende entre sí, aunque todos suponen que se entienden perfectamente y que su pequeño mundo es el mejor de todos. Por ejemplo, si está molesto por alguna cosa, su madre puede decirle: “hijo, tú estás muy contento” y lo dice con tal convicción que usted cree que está contento y empieza a aprender a vivir en dos mundos: el del lenguaje hablado y recordado y de sus sentimientos caóticos y ocultos. Y todo va bien mientras tanto.

Fuera de casa, nada de contactos o confusiones, excepto las estrictas obligaciones escolares y, el contacto con un grupo cerrado de amigos donde puede fumar unas piedras de hachís (algunas drogas, como hachís, o cocaína, o LSD y las anfetaminas le facilitarán la carrera, aunque las dos últimas pueden proporcionarle una esquizofrenia de prestado, vivida sin honra ni gloria). Sobretudo, nada de amores y, mucho menos, contactos físicos con el otro sexo. Sabe que esas situaciones pueden ser emocionantes, aunque debe de esforzarse para no aprender nunca a lidiar con emociones. Puede, quizás permitirse alguna que otra pasión platónica, cuanto más imposible mejor. Por ejemplo, imagine conversaciones con su amor o escriba cartas que mete en un cajón para ir deleitándose con las respuestas que él (que, necesariamente, nunca sabrá nada) le podría escribir. Lo



importante es que todo suceda en su cabeza y que se inicie en el provechoso arte de hablar sólo consigo mismo.

Hablar sólo consigo mismo es el próximo gran ejercicio. Para ir más allá de un amor imaginario, le aconsejo hacer un viaje en solitario por los distintos ocultismos que le ofrecen siempre la posibilidad de hacer las interpretaciones que le apetece. Tenemos por ejemplo la cábala: se transforman las letras de las palabras en números, y estos en otras letras que forman nuevas palabras. Por ese proceso puede adivinar lo que quiera y volverse el maestro del universo. Va a comprobar que sus intuiciones aparecen siempre confirmadas, y todo estaba escrito en los astros. Lea mucho sobre el tema, mézclelo todo, y saque sus propias conclusiones. Como en los malos entendidos familiares, ya está habituado a las interpretaciones aleatorias, no va a serle difícil. Busque sobre todo las coincidencias que encontrará en pequeños pormenores sacados de contexto (la preparación para esta carrera implica que está despreciando los contextos). Si sigue así, tendrá siempre la confirmación de sus ideas, por más absurdas que le parezcan. Puede crear un nuevo sistema oculto o, quién sabe, una nueva religión.

Todo esto tiene por objeto crear cortocircuitos en su cerebro que, un día u otro, le funda algunos fusibles. La verdad, si cumplió con las obligaciones anteriores, usted ya entró en cortocircuito. Tener una idea nueva y confirmarla inmediatamente es un ejercicio apasionante que hará surgir nuevas y extrañas ideas que confirmará rápidamente. Habrá quien diga que esto es empezar a ser autista, pero no le haga caso. Además, su ejercicio es tan apasionante que no necesita aprender nada más ni hablar con nadie. Es bueno no hablar porque no le comprenderán o querrán desdecirlo. Empiezan a luchar contra usted. Apártese de ellos y no habrá más resistencia. Sus ideas con las confirmaciones que desarrollará usted mismo, le llevarán al cortocircuito. Pero le falta fundir los fusibles, ¿cómo lo va a conseguir? Sólo si encuentra alguna energía adicional.

Esa energía, espero que la encuentre alrededor de los 18 años, cuando su personalidad esté madura y su visión del mundo tam-



bién. Puede aprovechar la salida del seno de su familia, un traslado para otro lugar o una pasión muy grande. Si las tres cosas se producen a la vez, aún mejor. Lo que importa es, finalmente, llevar las emociones al extremo. En ese momento todo empezará a volverse extraño y usted entrará en un mundo kafkiano. Ya no entenderá a nadie, ni nadie le entenderá a usted. Aunque es usted quien está en el centro de todo. Nada será jamás como era antes y todo le causará respeto. La coincidencia de detalles será turbadora. Descubrirá verdades absolutas que sólo usted conocerá. Las palabras y las cosas se transfiguran o cambian de significado para confirmarle esas verdades. Las personas ya no hablan del mismo modo, sino por señales codificadas que sólo usted comprende. Puede incluso oírlos hablar de usted por procesos extraños. Todo el mundo gira a su alrededor.

Objetivos a alcanzar para la esquizofrenia tipo paranoide (DSM-IV)

- A.** Preocupación con una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.
- B.** Ninguno de los siguientes síntomas es dominante: discurso desorganizado, comportamiento desorganizado o catatónico, o afecto embotado o inapropiado.

Si dejamos que las cosas evolucionen, surgirán nuevos acontecimientos. Lo más gracioso (gracioso para el que no lo padece, porque quien lo vivió dice que no tiene ninguna gracia) es que su yo está dividido. Puede sentirse dentro de su cuerpo y al mismo tiempo, encarnando otra persona o quizá, un animal. Su pensamiento, sus gestos, su escritura incluso sus vísceras pasan a ser controladas por potencias ocultas. Tiene que hacer un gran esfuerzo para entenderlo, aunque es posible que le ocurra que así como usted se pasó a otra dimensión, tal vez los otros lo controlen por procedimientos desconocidos. Si le ocurriese eso, rápidamente confirmará esa nueva verdad, y no se cansará de divulgarla. A fin de cuentas, consiguió ser el centro del universo.



Las emociones que, durante tanto tiempo, fueron evitadas, encontrarán ahora la oportunidad para expresarse copiosamente. Aunque son de tal forma inadecuadas que usted, desesperado, hará probablemente alguna tontería y alguien lo llevará al hospital. En este momento, los psiquiatras le ofrecen el diagnóstico de *brote esquizofrénico paranoide* y cantidades ingentes de comprimidos e inyecciones.

Y claro que usted, la única persona del mundo que ha descubierto la verdad, no necesita tomar los medicamentos. Si los tomase, podría descubrir que todo no pasa de ser una especie de sueño. Más aún: si los tomase muy precozmente, podía suceder que no pasase nunca por las delicias del brote esquizofrénico. Recuerde que los neurolépticos son la mayor arma contra esta enfermedad y que, cuanto más pronto y más regularmente los tome, menor es la posibilidad de continuar con ella. Por lo tanto, va a evitarlos cueste lo que cueste. Piense en los efectos secundarios (rigidez en los músculos, somnolencia, aumento de peso) y aproveche para ir quemando algunos fusibles más. Si lo consigue, nunca más quedará como antes, y nuevos brotes aparecerán en el horizonte de su vida.

Variante 1. Hebefrenia

Objetivos a alcanzar para la esquizofrenia tipo desorganizado (DSM-IV)

- A.** Todos los siguientes síntomas dominan el cuadro esquizofrénico:
- (1) Discurso desorganizado.
 - (2) Comportamiento desorganizado.
 - (3) Afecto embotado o inapropiado.
- B.** No cumple los requisitos para el tipo catatónico.

Existen tantos síntomas de esquizofrenia que se tiene que optar por un determinado conjunto. No se sabe si es debido a la enfermedad, al enfermo, o a quien lo valora. Si quiere optar por la forma he-



befrénica (los americanos le llaman desorganizada) debe omitir las verdades en que concluyó, tales como, las voces que lo persiguen (que su psiquiatra clasificará como alucinaciones). Al contrario, usted debe evidenciar la confusión que de sus pensamientos y los malentendidos de sus afectos. No sé si darle las recetas para conseguirlo, aunque, tal vez, una condición importante sea empezar muy joven, quizá antes de los 18 años.

La regla es establecer tal confusión en su cabeza de modo que no pueda llegar a conclusión alguna ni a cualquier conversación. Va a hablar y mirar perplejo para los demás, tal vez repetirá lo que ellos dicen, mientras padece un confuso torbellino de pensamientos. Si se le ocurre decir alguna cosa, lo que diga, será una ensalada de palabras sin ningún sentido ni coherencia entre sí. Su cara quedará con aire de aturdido y sus sentimientos una verdadera lotería. Es evidente que todo aquello que haga será también disparatado.

Esta fórmula está recomendada a los perfeccionistas, pues hay quien dice que es la forma más genuina de esquizofrenia. De hecho, la forma paranoide tiene mucho que ver con las paranoias (aunque ocurre antes, más repentina y definitivamente, y con más síntomas) y la catatonia puede estar, como veremos, mezclada con otras cosas. Tiene, no obstante un pequeño problema: su comportamiento llama demasiado la atención, por lo que rápidamente lo llevarán al médico y usted, de tan confuso que está, quedará sin fuerzas para huir de la medicación.

Variante 2. Catatonia

Objetivos a alcanzar para la esquizofrenia tipo catatónico (DSM-IV)

Tipo de esquizofrenia en la que el cuadro clínico es dominado por dos o más de los siguientes síntomas (también aplicable al episodio depresivo mayor, maníaco o mixto):

A. Inmovilidad motora, denominada catalepsia (incluyendo flexibilidad cérea) o estupor.

continúa en la página siguiente...



...viene de la página anterior

- B.** Actividad motora excesiva, aparentemente sin objetivo y no influenciada por estímulos externos.
- C.** Negativismo extremo (resistencia, sin motivo aparente, a todas las instrucciones, o mantenimiento de una postura rígida contra todas las tentativas de movilización) o mutismo.
- D.** Peculiaridad de los movimientos voluntarios, generalmente posturas voluntarias inapropiadas o bizarras, movimientos estereotipados, manierismos o gestos dominantes.
- E.** Ecolalia o ecopraxia.

Hay quien dice que la forma catatónica es menos frecuente. No obstante, el cuadro catatónico también está disponible para los maníacos graves. En este último caso, el secreto está en negarse a todo, incluyendo beber agua, tal como explicaré más adelante.

Si quiere adherirse a esta rareza, tal vez sea mejor hablar más con el cuerpo que con las palabras. No es mala idea tener vocación de bailarín. Así, usted siente todos aquellos controles que le ocurren a los paranoides y hebefrénicos, pero va a defenderse con las posturas de su cuerpo. Si hablan mal de usted levántese y proteste. Si la voz no es la suya, oriente el cuello y la cabeza para dominar su voz. Si controlan su pensamiento, inclínese hacia la izquierda. Si siente ruidos en los intestinos inclínese para la derecha... Claro que esas son meras sugerencias, porque la variedad es infinita. Puede adoptar las posturas más bizarras, siendo esa la mejor manera de demostrar a los demás que está realmente pasado. Y hará que se alegren los psiquiatras por acertar tan fácilmente en el diagnóstico de esquizofrenia catatónica.

Una condición es no hablar, para no mostrar el torbellino que lleva en el alma (ni usted seguramente lo lograría describir). Así, usted se calla y, para acompañar el mutismo, también puede inmovilizar su cuerpo. ¡Transfórmese en una auténtica estatua! Manténgase así unas horas o unos días. Si algún psiquiatra le cambiara de postura, mantenga la nueva postura para que él obtenga la felicidad suprema



de encontrar un caso de “flexibilidad c rea”. Fuera de esto, no hará nada de lo que los demás le pidan, ya que usted est  así para defenderse de todo o de todos.  Resistencia pasiva!

Claro que los demás se preocupan con sus actitudes imposibles y, sobre todo, con el hecho de estar por all , sin hacer nada y sin comer ni beber. Aunque es la ocasión para llevar un poco más lejos su resistencia pasiva: no coma ni beba. Así tendrá una deshidratación hipertónica cuyo gran símbolo es la irritabilidad. Sólo los niños, los viejos dependientes, además de usted, consiguen esa proeza, ya que todos los demás siempre encuentran algo de agua cuando tienen sed. Aunque a usted que confundí la voz de sus neuronas (el sodio y otros iones son la voz de las neuronas) no siente ya sed ni cansancio, apenas la irritabilidad que lo va a llevar a una agitación destructiva incesante. Va a tener derecho a sus momentos de violencia. Mientras, cuidado, porque los antiguos llamaban, a este cuadro, catatonia mortal. Si nadie lo atiende o le pone inyecciones y suero por las venas, lo mejor es engullir agua al primer momento de lucidez. Si no, tal vez, le quede el electrochoque.

Variante 3. Personalidad esquizotípica

Objetivos a alcanzar para la personalidad esquizofrénica (DSM-IV)

Patrón persistente de déficits sociales e interpersonales marcados por la disconformidad e incapacidad para relaciones íntimas, distorsiones perceptivas y cognitivas, y comportamiento excéntrico, desde el inicio de la vida adulta y en múltiples contextos, con 5 o más de los siguientes:

- A. Ideas de referencia (excluyendo delirios).
- B. Creencias bizarras o pensamiento mágico (no sub-cultural), p. ej. supersticiones, clarividencia, telepatía o “sexto sentido”.
- C. Experiencias perceptivas poco habituales, incluyendo ilusiones corporales.

continua en la página siguiente...



...viene de la página anterior

- D. Pensamiento y discurso bizarro (p. ej. vago, metafórico, circunstancial, muy elaborado o estereotipado).
- E. Desconfianza o ideas paranoides.
- F. Inadecuación o restricciones afectivas.
- G. Comportamiento y apariencia bizarra, excéntrica o peculiar.
- H. Ausencia de amigos íntimos o confidentes (excepto familiares en 1º. Grado).
- I. Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiaridad y se asocia con juicios paranoides y no con auto-desvalorización.

Puede ocurrir que usted nunca llegue a tener un brote francamente psicótico, de los que he descrito hasta ahora (paranoide, hebefrénico o catatónico). Es posible que eso suceda porque no se empeñó suficientemente en la carrera (se puede haber olvidado, por ejemplo, de dar largas a la expresión de sus emociones en el momento apropiado) a pesar de haber nacido en la constelación adecuada, o bien porque, a pesar de haberse empeñado en extremo no nació bajo la constelación propicia. En uno u otro caso, puede tener derecho a una medalla de segundo orden, a la de *personalidad esquizotípica*.

La idea no es mala porque no es carne ni pescado. Se vuelve una persona singular, un poco excéntrica, siempre a la defensiva, con ideas tan extrañas que pueden tener más audiencia que el periódico *Insólito*, hace lo que le apetece, no cuenta con los demás ni los necesita, mientras su vida va transcurriendo. Mientras sea joven puede ser apreciado por aquellos que ven en usted un artista o un profeta. Puede vivir gracias a su familia o de trabajos ocasionales. Puede pasar por un necesitado y dirigirse a la asistencia social. Va a quedar asombrado porque los demás se preocupan más por usted que usted mismo. Y si, algún día, tuviese problemas, siempre podrá disculparse con la enfermedad.

Si gana esta identidad, puede unirse al club de las personas extrañas. Encontrará muchos otros que no hicieron nada para lograrlo,



sólo nacieron así. Algunos pueden ser sabios o científicos reconocidos, muchas veces superdotados en lógica, pero que comparten consigo mismo la condición de no precisar de otras personas incluso las del otro sexo. Será un club de personas interesantes pero muy monótonas en sus reuniones. Imagine un club de personas que se parecen por ser deliciosamente bizarras, pero que cada uno está a su aire sin preocuparse de los demás, sobre todo, en lo referente a los comportamientos bizarros ajenos.

Variante 4. Otras formas y mezclas

Objetivos a alcanzar para el trastorno esquizo-afectivo (DSM-IV)

- A. Período continuo de trastorno durante el que existió un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto conjuntamente con los síntomas que cumplen el criterio A de Esquizofrenia.
- B. Durante ese período existirán ideas delirantes o alucinantes durante dos semanas, en ausencia de síntomas del humor (depresión o elección) dominantes.
- C. Los síntomas que cumplen los criterios para el trastorno del humor están presentes durante una parte sustancial de la duración total de los períodos activos y residuales de la enfermedad.
- D. La perturbación no se debe a los efectos directos de una sustancia o estado físico general.

Desde el principio de este capítulo advertí al lector que no podía ser esquizofrénico quien quisiese, pese a que la esquizofrenia es un saco grande en el que pueden meterse muchas cosas. Vamos ahora a tratar este saco, especialmente para los no elegidos. De hecho, el diagnóstico de esquizofrenia, aunque dudoso, se puede obtener de varias maneras. Todo dependerá de la tolerancia del psiquiatra que le trate. Hubo incluso un grupo de periodistas que fue-



ron a la consulta del psiquiatra a quejarse de que oían voces y que creían en cualquier cosa bizarra. Fueron después tratados e ingresados, aunque luego tuvieron dificultades para salir. Lo cierto es que, cuando empezaron a decir que eran periodistas y que sólo habían ido a probar a los psiquiatras, reforzaban con más síntomas su papel de enfermos. El lector puede intentar la misma experiencia, aunque deberá de tener mucho cuidado: quien no quiere ser lobo, no debe vestir su piel.

Otra posibilidad es seguir, concienzudamente, la carrera de los paranoicos. Habrá siempre psiquiatras apresurados que están dispuestos a no escuchar sus razones, y le pondrán el cartel de esquizofrénico. Eso no les importa (y a usted, quizás tampoco) porque el tratamiento farmacológico es el mismo. Y, a propósito de fármacos y drogas, no se olvide que ellas siempre pueden alterar sus neuronas y producirle síntomas que, a falta de algo mejor, pueden entrar en el saco de la esquizofrenia. Por ejemplo, el LSD tiene efectos inmediatos, mientras que las anfetaminas los producen a largo plazo. El recurso es especialmente útil para aquel que tuviese cualquier otro cuadro mórbido, pero que quiere también obtener una postgraduación en esta área, aunque limitada en el tiempo.

Existen de hecho sub-especialidades de la esquizofrenia que se prestan a todo. Una de ellas es el llamado *trastorno esquizo-afectivo*, una especie de mezcla entre la esquizofrenia y la psicosis maníaco depresiva. Otro es el *trastorno esquizofreniforme*, otra la *psicosis delirante*. Algunas personas alcanzan cualquiera de estas situaciones sin esforzarse, ni preocuparse por la carrera. Hay cosas, en el cerebro, que aparecen casualmente y, muchas veces, nadie alcanza a descubrirlas. Aunque si quiere confundir a los psiquiatras, una vez iniciada cualquier carrera, o sin ella, ingiera irregularmente, aunque en grandes dosis, los medicamentos que ellos le faciliten, así como las drogas que consiga por sí mismo. Hágalo en secreto. Y, secreto por secreto, no se olvide de ir vaciando secretamente las botellas de *whisky* escondidas en su bar.



Si obtuviese alguno de estos diagnósticos, puede estar seguro que el psiquiatra difícilmente dará con el tratamiento adecuado. Por eso, tiende derecho a una constelación caótica de medicamentos que le ayudarán a confundir más sus neuronas. ¡Si quisiese, vaya pasando de médico en médico, sólo para ver el desatino que genera entre los entendidos!



7

CÓMO NO SER ENFERMO MENTAL

Después de los capítulos anteriores, es natural que me pregunten qué hacer para no ser enfermo mental. Es la vieja cuestión de lo que es ser normal o, al menos, mentalmente saludable. Aunque aquí, discúlpeme el lector, estoy poco preparado para darle recetas seguras. Además desconfío que alguien lo esté, aunque no falten propuestas. Lo cierto es que, existiendo pocas maneras para volverse enfermo (básicamente, los seis mecanismos propuestos en cada uno de los capítulos anteriores), existen millones de maneras para volverse sano. El problema es que, siendo tantas, nadie las conoce al completo. Todo lo que se sabe viene del presente y del pasado, con los hábitos y la cultura de entonces. Mientras tanto, nuestra vida (y, espero que la del lector) está orientada hacia el futuro. Aunque con el acelerado y sorprendente cambio de tecnologías, culturas y hábitos, nadie sabe cómo va a ser el futuro. Lo mejor será ir entrenando su capacidad de invención.

Puede suceder que el lector se haya identificado parcialmente con alguna de las patologías propuestas. No se preocupe por ello. Todos tenemos derecho a ser un poco fóbicos cuando una desgracia nos abate, un poco paranoides cuando nos encontramos en una lucha difícil, ligeramente obsesivos cuando estudiamos la complejidad de las



cosas, un poco histriónicos cuando nos queremos imponer a los demás. De la tendencia esquizoide nacen teorías innovadoras y, a través de los cambios de humor, la creatividad. Si el lector consigue hacer todo esto con éxito, mis felicitaciones: sabe respetar los contextos de la vida y adecuarse a ellos. Y, quizás sean admisibles algunas combinaciones verdaderamente patológicas, tener todas las enfermedades es lo mismo que no tener ninguna. Lo importante es que su vida sea exitosa, usted no se queje y que los demás tampoco se quejen de usted (a no ser que sea político, razón por la cual todos se quejarán).

El gran problema del enfermo mental es hacer lo mismo en todo momento. Y por eso, son muy parecidos unos a los otros y los podemos clasificar. Por lo contrario, las personas sanas, por ser tan diferentes unas de otras, son inclasificables. Nosotros somos, en general, tan diferentes porque, además de la variedad genética que cultivamos con la exogamia, tenemos también la variedad cultural y lingüística y, además, la consciencia, por la que nos podemos conocer y modificar. Somos así básicamente imprevisibles aunque, para que vivamos en una sociedad organizada, tengamos que ser previsibles los unos para los otros. Esta es la primera paradoja, que nos obliga a desarrollar una personalidad compleja y consciente. Aunque también digo esto para que el lector se tranquilice: si se identifica absolutamente con alguna de las enfermedades aquí descritas, empieza por lo menos a sentirse consciente de sí mismo y a tener la libertad para cambiar. Lo que más me alarma en los enfermos mentales es la falta de consciencia sobre lo que les sucede (en parte provocada por los malos entendidos de las creencias populares, de la psicología, de la psiquiatría e incluso de la medicina), lo que los lleva a perder la libertad de cambiar: continúan haciendo, en cualquier circunstancia, más de lo mismo.

Identidad/Cambio

Atención, porque la capacidad de cambiar no es absoluta ni gratuita. El cuerpo es nuestro primer límite. Hoy existen los recursos de la cirugía plástica, y cualquiera puede recurrir a ellos con tal de



tener el dinero necesario. Aunque, francamente, no aconsejamos que lo haga al mínimo pretexto. El color de la piel, la altura, las facciones de la cara, son cosas que marcan nuestra diversidad y la identidad de cada uno. Si el lector modifica esto, igual que otras cosas (el nombre, por ejemplo, que puede no gustarle) se arriesga a iniciar una carrera histriónica. Ya que, todas estas características, para bien o para mal, nos fueron dadas por nuestros progenitores, por la cultura, por las contingencias del lugar y de la época en que nacimos. ¿Qué hacer entonces? Bien, lo mejor es habituarnos a nuestras características.

Así, podemos gustarnos a nosotros mismos, o no. Mientras tanto, lector, lamento disuadirlo al decir que esa capacidad elemental de que le guste o no su cuerpo, sus facciones, su voz, sus tics, su personalidad, tampoco dependen de usted. Todos tenemos la experiencia de, a veces, mirarnos al espejo y que nos guste lo que vemos, otras no. Eso depende del estado en que nos encontremos, arreglados o no, del modo como nos miremos y, sobre todo, del espejo. También, creo que, si no existiesen espejos o sus equivalentes, difícilmente conoceríamos (y por lo tanto, estaríamos capacitados para apreciar) nuestro aspecto físico. El problema que se produce, entonces, es saber cuáles son los espejos que nos permiten vernos como totalidad física y psicológica y conocerla y apreciarla o no. Mi respuesta previsoramente es que esos espejos (a veces deformantes, otras embellecedores), son los ojos de las personas significativas, empezando por las que al principio cuidaron de nosotros en la infancia, padres o otros. O sea, todo esto depende, una vez más, de circunstancias en las que no podemos interferir.

Gracias a que nos parieron demasiado pronto (otra paradoja a la que nos tenemos que enfrentar), entramos en la vida a merced de los demás. No sabemos conseguir comida, no sabemos defendernos del frío ni del dolor, ni siquiera conseguimos movernos del sitio, sólo sabemos reír o llorar. Toda nuestra vida va a depender de la manera que los otros interpreten estas expresiones de nuestra fisonomía. Aunque, poco a poco, vamos ganando (eso espero) alguna autono-



mía y capacidad de elegir. Dentro de ciertos límites, organizamos simpatías, seleccionamos amistades, participamos en varios contextos, aproximándonos a otras familias, nos enamoramos, buscamos amores, construimos nuevas familias y llegamos a consultar a psicoterapeutas. O sea: tenemos varias oportunidades para cambiar de espejo y conocernos mejor. Utilizarlos o no, ese es el problema. Hay personas que dependen tanto de los espejos de su infancia que, o no buscan ninguno más, o los cambian por otros iguales. Aunque si el lector fuese de esos, no tengo nada contra eso mientras no se vuelva evitante, paranoide u obsesivo. Por lo menos no pertenece a aquellos que, después de dar vueltas insignificantes por el mundo entero, vuelven al paraíso de su infancia para encontrar las raíces perdidas. Ya les había dicho que las experiencias precoces son, a pesar de todo, importantes para nuestra identidad.

Cada uno tiene su circunstancia, que se manifiesta desde el nacimiento. Esta circunstancia es única para cada uno de nosotros y es lo que nos da nuestra personalidad en el seno de la enorme y rica variedad humana. Esta circunstancia puede tener cosas malas, pero también tendrá cosas buenas. Todo nuestro problema es conocer los aspectos más positivos, y descubrir, por así decirlo, nuestros propios talentos y ponerlos a funcionar. Hay personas que consiguen hacerlo pronto y tienen una vida exitosa. Hay otras que tardan en descubrirlos, y hay quien se muere sin conocerlos. Éstas últimas vivirán bastante infelices. Aunque, si el lector no descubrió todavía sus talentos, empiece por acordarse de su infancia y de los juegos que entonces le daban placer. Tal vez así los encuentre.

Repare el lector que hablé aquí de éxito. No soy un adepto a este término, porque una vida saludable no es necesariamente una vida con éxito. por lo demás, el lector puede perfectamente escoger el camino de una vida malograda, sin que por ello se vuelva enfermo mental (aunque, en ese caso, debe tener cuidado con las depresiones y las distimias). El hecho es que nuestra vida se define en interacción con los demás. Ellos precisan de nosotros y nosotros de ellos. Tener éxito es hacer algo que los demás reconozcan como útil, y por ello,



nos recompensen de algún modo. Siendo así, la vida está hecha de pequeños y grandes encuentros que, si tuviesen éxito, nos ayudan a proseguir. Descubiertos sus talentos, no tiene más que buscar y, sobre todo, no despreciar esos pequeños y grandes encuentros. También le digo que eso no es fácil siempre. A veces estamos equivocados sobre nuestros talentos (por causa de aquellos espejos deformantes de la infancia), otras veces tenemos encuentros equivocados. Es preciso, ante todo, aprender con la experiencia, pero nunca quedar parado.

Lo que se vuelve difícil, pero también aquello que lo puede diferenciar de un enfermo mental es, exactamente, aprender de la experiencia. Los enfermos no aprenden: están siempre haciendo lo que siempre hicieron. Para aprender, es preciso, antes de nada, acordarse del pasado. Las estrategias de olvido son propias de los histriónicos. Después, es preciso asumir el error y la derrota, cosa que los obsesivos y los paranoicos nunca asumen. Si pasan por un período de tristeza, es perfectamente natural y le ayuda a poner en duda sus hábitos antiguos. Pero si resuelve la cosa con antidepresivos, pierde la oportunidad que la naturaleza le ofreció para elaborar sus defensas. Finalmente, es necesario asumir la completa responsabilidad de lo que se hace. Si le consiguen la disculpa de cualquier enfermedad, quedará convencido de que todo se resuelve de una manera mágica cuando la enfermedad le pase, y nunca le pasará por la cabeza que el asunto está bajo su control.

Reglas/Transgresiones

Encontrarse con los otros es, fundamentalmente, compartir alguna cosa con ellos. Estamos hablando de los bienes compartidos, de aquellos que nos especializamos en producir y cambiar en el mercado, pero también de los objetos culturales, de las palabras, los gestos, las sonrisas y afectos, de los rituales. Y todo eso es diferente en cada cultura y en cada comunidad, siguiendo las reglas que nuestros antepasados nos legaron.



Todos los animales están sujetos a reglas más o menos dictadas por sus genes y por los nichos ecológicos. Los hombres también forman comunidades reguladas por normas. Por lo general, son las reglas comunitarias, más que los genes, los que rigen nuestro comportamiento. Por lo que existen aquí varios problemas. El primero, es saber cuales son esas reglas, y quién las dicta. Generalmente son las instituciones las que lo hacen. Las grandes religiones son las más antiguas y, tal vez, las más sabias en ese dominio. Aunque cuentan generalmente con la cooperación (o competición) de las instituciones político administrativas, profesionales, familiares, etc. Cada uno de nosotros puede pertenecer a varias comunidades y, a veces, tener que optar entre sistemas de reglas en conflicto. El hecho es que la definición de reglas es un instrumento de poder y cada uno acaba por ser introducido en los juegos del poder social. Lo mejor es que tenemos, generalmente, capacidad de elección. Mientras tanto, no podemos salirnos del campo de juego. Por eso, si apareciese alguien que le propusiera reglas científicas de comportamiento saludable no se fíe: será, probablemente, un disfraz más de la retórica social del poder.

El segundo problema es que la mayor parte de esas reglas no están escritas. Resultan de un acuerdo tácito entre las personas. Muchas veces no pasan a palabras o, si pasan, éstas sólo sirven para disfrazarlas, manteniendo un secreto que conviene a los mejores jugadores. Pueden ser dichas con la boca pequeña, formando parte de un repertorio de alcoba, o aparecer disfrazadas en las conversaciones de maledicencia. Lo mejor, a veces, es la literatura de ficción. A su vez, manténgase actualizado en la lectura de novelas. Cada uno de ellos cuenta experiencias posibles, revela acuerdos tácitos. Aunque aquí, como en todo, lo mejor es la diversidad. Si se deja atrapar por un personaje o por un autor en especial, se está usted vuelve dependiente. Del mismo modo, puede escuchar todos los consejos de los demás, pero desconfíe de quien le dé ideas claras sobre cómo vivir mejor. Esa persona está probablemente imponiéndole su estilo de vida o, al menos, vendiéndole su pescado. Espero no correr ese riesgo con este capítulo.



No quiero con eso decir que deban dejarse de lado todas las reglas. Es imposible convivir sin ellas y, en cualquier relación en que se encuentre, los primeros incidentes sirven en realidad para establecer reglas consensuadas que van a perdurar a lo largo de la relación. Eso es intuitivo, y no, necesariamente, pensado. Esto debe ser ejercitado, y a ello dedicamos mucho tiempo, a lo largo de la infancia, y no sólo, a establecer nuevas relaciones. Lo hacemos directamente, aunque lo hacemos, sobre todo, a través de los juegos y otras ocupaciones más o menos modeladas. Si el lector tiene esa experiencia, tal vez esté capacitado para adaptarse a varios contextos y respetar, en cada uno, las reglas del juego. Si no la tiene, tal vez sea mejor tratar de conseguirlo a lo largo de la vida. Mientras tanto, también es libre para no respetarlas. Si consigue imponerse, puede ganar la calificación de “bizarro” u “original”, dependiendo del preconceito que los demás tengan en relación con usted. Si fuese un original puede dar lugar a nuevas reglas.

De hecho, las reglas, explícitas o implícitas, son necesarias aunque están en constante cambio. Quiere esto decir que ellas también existen para ser transgredidas, y es lo que, en general, hacemos durante la adolescencia. Y eso tiene todo el sentido: el mundo del futuro va a ser diferente del mundo del pasado, y los adolescentes son los habitantes del futuro. Conviene que ellos comprueben la validez de las reglas pasadas para que puedan construir las del futuro. Transgredir las reglas es normal durante la adolescencia, y tiene siempre un sabor erótico. Existen, además, dos riesgos: el primero es el absoluto y persistente deprecio de las reglas, el camino más directo para la psicopatía. El segundo es, después de la negación de las reglas antiguas, caer en un sistema de reglas mucho más rígido e implacable, aunque no siempre bien explícito. Y es en esto, en lo que acaban por incurrir muchos adolescentes que militan en grupos marginales o sectarios. El hambre de reglas y certezas es muy humano, pero su exageración puede conducirlo al servicio de líderes paranoides. Eso es un riesgo, aunque nadie sabe si alguna de esas culturas marginales se impondrá como cultura en el futuro.



Por eso una vez más, no tengo consejos que dar. Aunque lo mejor es ir conociendo las reglas del juego, para no ser atrapado por sorpresa. En caso de transgredir, sepa las consecuencias que también están reguladas, no se queje. Si las sigue al pie de la letra, puede tener una vida insulsa (cuando no, obsesiva). Todo lo que tiene que hacer es usar la imaginación.

Masculino/Femenino

Regla por regla, aquello que más reglado está, en la comunidad humana, es la relación entre hombres y mujeres. Aunque no es de extrañar, porque a primera vista, esa relación parece imposible. Biológica e instintivamente, no hay cosa tan diferente que un hombre y una mujer. Es como si fuesen razas completamente diferentes, aunque están condenadas a vivir una con la otra. Aún peor, viven para esto y viven para juntarse a pares. Los hombres se comprenden entre sí y las mujeres también; pero entre unas (unos) y otros (otras), lo único que consiguen es seducirse. Pueden hacer un esfuerzo para comprenderse, aunque ese esfuerzo excesivo y precoz puede llevarlos a cambiar mentalmente de sexo. Aunque tal cosa no puede considerarse enfermedad, personalmente no lo aconsejo, porque no va a resultar: acabarán por vivir con personas del mismo sexo biológico.

Si damos una vuelta por la historia de las diferentes culturas, veremos que, salvo excepciones muy puntuales, todas las reglas de relación entre sexos eran una forma de que los hombres discriminasen a las (o defenderse de las) mujeres. Obviamente ellas no tenían mucho tiempo para dictar o hacer valer sus reglas, tal vez por estar demasiado ocupadas con las inevitables maternidades. En compensación, dictaban las reglas dentro de la casa, eran más autosuficientes por estar habituadas a velar por las necesidades básicas, y sobrevivían mejor. Desde los años 60, con la llegada de la píldora, las mujeres occidentales se liberaron y empezaron a dictar sus propias reglas. Los hombres están perdiendo en todos los campos, tanto que los chicos ya no consiguen entrar en las universidades. La tasa de natalidad



disminuyó y las sociedades envejecen, sobre todo a costa de las mujeres, que son más resistentes y duran más.

Como soy hombre, el lector (la lectora) puede acusarme de estar defendiendo esta raza. Debo decir, no obstante, que no estoy emitiendo ningún juicio de valor, tan solo estoy considerando los hechos. Puede suceder que sea este el orden natural de las cosas, que las familias tengan que ser diferentes, que este sea el modo de resolver la superpoblación del planeta. Existen otras cosas positivas: dicen, por ejemplo, que las mujeres que ascienden a la gestión vuelven las empresas más flexibles, y que la entrada de las mujeres en la política vuelve el Estado menos corrupto (tal vez porque los hombres se corrompen para sustentar a las mujeres que los seducen). Es muy posible que estemos desembocando en una sociedad de las rosas, aunque nadie sepa ciertamente dónde irá a parar todo esto.

Aunque lo que me lleva a hablar de todo esto, es que las reglas de relación entre hombres y mujeres está cambiando y tienen mucho que cambiar todavía. Tengo la vaga impresión que el naturalismo sentimentalista, ahora de moda, con sus matrimonios sucesivos, es un producto de los nuevos tiempos aunque ya dio cuanto tenía que dar. Muchos jóvenes se enfrentan a la complejidad de la vida sin el apoyo de los padres (generalmente del padre), se sienten confusos y entran fácilmente en la marginalidad. La familia, sobre todo la nueva familia nuclear, que la sociedad industrial creó por economía de espacio en los apartamentos urbanos, está en crisis. Tal vez los arquitectos y urbanistas tengan que pensar en el asunto, aunque cada uno de nosotros tiene que resolver su problema privado. Como, nadie lo sabe bien, y bien nos gustaría saberlo. Es por eso que el espionaje a la privacidad bate records de audiencia.

Raciocinio/Sentimiento

Otra señal de los nuevos tiempos es que se ha dado una mayor importancia a los sentimientos que al raciocinio. Comprendo perfectamente esta tendencia, después de los excesos de toda una época de



racionalismo. De hecho, sabemos hoy que una persona puramente racional y lógica podría ser sustituida por un ordenador. Aunque situarnos en el extremo opuesto, en que todo se justifica por los sentimientos, tantas veces nombrado por apresurados descubrimientos científicos, es bastante discutible.

En primer lugar, cuando hablamos de sentimientos, raramente sabemos de lo que estamos hablando y, por eso, este es hoy el mayor campo de malentendidos que podemos encontrar. Emociones, humores, afectos, pasiones, impulsos, son cosas probablemente diferentes aunque, en general, mezclamos en nuestra tortilla sentimental. Cuando hacemos alguna cosa completamente loca, la justificamos por los sentimientos que no conseguimos controlar. Los demás, al ver las consecuencias desastrosas de aquello que hacemos, dicen que cedemos a nuestros impulsos. ¿En qué quedamos?

Por otro lado, la idea de que no podemos controlar nuestros sentimientos, afectos y emociones, es un mito. La sociedad consumista actual, con el puesto avanzado de las televisiones privadas, es una perfecta máquina de manipular emociones. Si queremos inducir a alguien hacia algo, no hay como manipular sus sentimientos y embotarle el pensamiento. ¿Será que no nos podemos defender de esa manipulación? Yo pienso que sí, aunque no sepa exactamente cómo, pero tengo algo que proponer: no deje que la ola de un sentimentalismo, hoy en boga, le enturbie el raciocinio.

En realidad, al contrario de lo que nos sugiere esta ola, todos los estudios apuntan hacia el hecho de que la principal condición para las mayores carreras de enfermedad mental es la incapacidad de posponer las recompensas. Bajo la presión emocional, corremos el riesgo de pasar la vida haciendo tonterías sin pensar. Si las personas se habitúan a hacer aquello que les apetece, ya no consiguen hacer lo que quieren. El espacio se reduce al *aquí* y el tiempo se reduce al *ahora*. El universalismo y el tiempo futuro entran en declive. ¿Será bueno?

Paradójicamente, el *aquí* y el *ahora* es la piedra de toque de muchas psicoterapias nacidas en los años 60 y 70. Muchos de los que proponen estas psicoterapias intentaron exorcizar el racionalismo



del que fueron víctimas. Debemos ciertamente escucharlos, aunque no tomarlos demasiado en serio. La verdad, a veces da gusto mirar para el aquí y el ahora, sobre todo cuando somos infelices y estamos enredados en tareas que, procedentes del pasado, nos aprisionan ahora. Pese a que usar ese *slogan* como estilo de vida no parece muy aconsejable.

Los teóricos hablan ahora de inteligencia emocional. Con esto quieren decir que de nada vale la inteligencia sin energía para la acción, y que esa energía la buscamos en las emociones y sentimientos. Es verdad y, gracias a los tests que elaboraron, los que dan empleo saben ahora como conseguir personas dotadas de esa inteligencia energética. Aunque el problema del lector es saber como llegar allá, sabiendo también que es imposible rehacer su pasado.

Sobre este asunto, no sé bien qué decir. Tal vez lo mejor sea aprender a identificar sus emociones para no hacer cosas contradictorias con ellas. A veces, con la vida complicada que llevamos, las propias emociones están mezcladas y se contradicen las unas a las otras, llevando a paralizar la voluntad o las expresiones sin sentido. Hay psicólogos que intentan desenredar estos nudos emocionales. Aunque nunca se sabe si se va a sentirse bien por aquello que hacen o simplemente por estar con ellos. Lo cierto es que las nuevas relaciones personales son la gran fuente de sentimientos y emociones.

Protagonista/Platea

A pesar de las reglas que seguimos, a veces sin darnos cuenta, existe en nuestra vida algún aspecto creativo. Así, la vida de cada uno es una verdadera obra de arte, una gran escenificación teatral. Se supone que actor, director y protagonista sean la misma persona (cada uno de nosotros), aunque eso raramente sucede. En general, ya que muchos guiones y escenarios son puestos a nuestra disposición, tenemos la posibilidad de pasar de unos a otros. Y entonces intentamos reescribir el texto o hacer pequeños cambios en el escenario o adornos. Aunque el margen de la maniobra no es tan grande como



suponemos, y será tanto menor cuanto menos conciencia tengamos de eso. Incluso cuando estamos viviendo un gran momento, deberíamos de preguntar si no estamos reproduciendo algún romance escondido en lo más recóndito de nuestra memoria, romance transformado ahora en automatismo de nuestro cuerpo.

Como mucho, en nuestros mejores momentos, hacemos algunas improvisaciones, convencidos de que la platea no dejará de aplaudir y así ratificar el éxito de nuestra representación. Si a cada uno de nosotros, nos cabe la autoría de improvisar, la definitiva aprobación corresponde a la platea. Representamos siempre para alguien, alguien que puede ser una platea real (los actores y políticos saben bien el peso que tiene), o sólo a la platea que está en nuestra cabeza. Puede ser alguien presente o ausente, vivo o muerto, singular o colectivo. Y es aquí, cuando, de nuevo, entran las relaciones entre hombres y mujeres, porque los elementos de nuestra platea son, muy frecuentemente, personas del sexo opuesto.

Gracias a los hilos biológicos de nuestros genes las mujeres están predispuestas a exhibirse para los hombres y viceversa. Tal vez la vida en sociedad sea un permanente ritual de cortejos. Existen cosas demasiado obvias, como enamorarse y la pasión, donde la platea se reduce a una sola persona que rápidamente conseguimos distinguir incluso en medio de una multitud. En otros casos, la platea es un poco más compleja y puede incluir pasiones no consumadas, amistades de otros tiempos, padre o madre, abuelos o personajes simplemente imaginados. La lista es extensiva a cónyuges, actuales o anteriores, exultantes o críticos, lo que hace que la vida de cualquier mortal pueda ser una epopeya o, paradójicamente, una tragedia.

Así que, detrás de nuestra vida, siempre existen importantes personajes ocultos. Además de las plateas más obvias, es en estos personajes que podemos descubrir la racionalidad (o la aparente irracionalidad) de nuestras vidas. Son siempre personas significativas que, indirectamente, nos moldean. No siempre nos damos cuenta de ellas, llegando a suceder que ignoramos completamente su influencia mientras continuamos el espectáculo... para ellas. Si el lector



quiere saber quien ocupa esa platea, quizá sea mejor consultar a un psicoanalista.

Transparencia/Secreto

Mucha gente ambiciona que el espectáculo de sus vidas sea transmitido por los medios de comunicación, tal vez porque así lo puede hacer llegar a los espectadores más ocultos. No obstante, la sociedad mediática y comunicativa está dando inmensos problemas a las personas. Transparencia es la nueva palabra de orden, y nada tengo contra eso. Aunque, quien tiene el poder, especialmente el Estado y las empresas privadas, sabe bien que, “el secreto es el alma del negocio”, nosotros diríamos, la fuente del poder. De ahí que defendieran a hierro y fuego sus secretos: secreto de estado, sigilo bancario, secreto judicial, secreto médico, nunca vimos tanta defensa de secretos Institucionales, cuando el espacio público e institucional debería ser el más transparente. En cuanto al secreto de las personas, especialmente el de su más íntima privacidad, nunca vimos tantas violaciones y tan poca defensa contra ellas. El *Big Brother*, y sus variantes, está por todas partes.

De continuar así, vamos a asistir al final de la autonomía de cada individuo. Los valores de la sociedad occidental se basan en la defensa de esta autonomía, aunque es la propia sociedad occidental consumista y mediatizada la que la está destruyendo. Mientras se mantenga el secreto (el poder) de las llamadas europeas privadas, bien se percibe su interés: transformar a cada persona en un elemento manipulado y sin espacio de autonomía ni crítica. O se mantiene, sin espacio de libertad, en el sistema productivo consumista, generando los beneficios de sus organizaciones, o se margina en ambientes donde esperan grandes dificultades y nuevas manipulaciones, más salvajes, todavía.

Si el lector no sabe defender sus secretos y quiere un consejo secreto, ahí está: no vaya a favor de la transparencia. La emancipación del Homem siempre se basó en la existencia de varios espacios bien



delimitados entre sí. En primer lugar tenemos el espacio público, compartido por todos, que es hoy (debería ser) transparentemente transmitido por los medios de comunicación. En segundo lugar tenemos la variedad de espacios privados. Admitimos que el de las empresas privadas sea uno de ellos ¿pero qué decir del espacio familiar y de los de las diferentes relaciones íntimas y de complicidad que se establecen a lo largo de nuestra vida? El compartir secretos es la fuente de estas relaciones y, una vez transgredido, se pierde la relación y el espacio de libertad que se conllevaba. Si el lector, por ejemplo, entregase sus secretos a otra persona y no recibiese a cambio lo mismo de ella, queda en sus manos. Es lo que sucede entre hijos y padres y, tal vez en la relación de un médico o abogado. Aunque en la relación entre adultos, espero que eso no suceda; los secretos deben de ser compartidos para que el poder quede equilibrado. Desconfíe de quien quiere saber sobre usted y no le cuente nada a cambio. Muchas personas que obran así están coleccionando piezas de poder. Aunque también es eso lo que hacen las empresas privadas que poseen su ficha individual organizada en su banco de datos.

Finalmente, existe otro espacio que debe mantenerse, en tanto sea posible, invulnerable: es el espacio de su fantasía. Si deja que le adivinen los pensamientos, perderá la libertad que le queda. Queda de tal modo paralizado, que si siguiera conseguiría pensar. Ese es el gran drama de los esquizofrénicos y, a no ser que opte por esta patología, no le deseo esa suerte. Por el contrario, sólo la fantasía y el sueño nos hacen vivir, a veces, contra las adversidades circunstanciales. Por eso, guarde bien ese tesoro. Puede compartir un poco con algunas personas allegadas, más guarde siempre algo para usted. Si siente que todo eso es muy pesado, acuérdesese que el arte se alimenta de la fantasía y existe para que nos podamos esconder en tanto que nos mostramos.

A pesar de todo, y de todas estas buenas intenciones, subsiste el problema de la transición entre estos varios espacios. A menos que sea una personalidad múltiple, usted es la misma persona en todas las circunstancias, y lleva consigo memorias y hábitos adquiridos.



No es fácil olvidarlos en cada nuevo contexto, ni es conveniente, pues asumiría un aire artificial que no iba a convencer a nadie. ¿Entonces como conciliar eso con la defensa de sus espacios íntimos y privados? Bien, ese es un problema que tiene que resolver solo, usando su experiencia como preparación. Los diferentes trajes pueden ayudar, aunque no van a cubrir su rostro. Las gafas oscuras también ayudan aunque se vuelven demasiado primarias e insoportables para los demás.

Le queda la sutileza de las palabras. Es con las palabras con las que construimos nuestros mundos, y con ellas que discutimos, que nos defendemos y atacamos (o nos atacan). Cada contexto de la vida tiene su propio discurso, que tenemos que respetar en sus líneas generales. Aunque las palabras también nos pertenecen y es con ellas con las que nos realizamos. Son nuestras palabras que, en cada momento, tenemos que filtrar cuidadosamente, dejando salir algunas y reservando otras. Finalmente, también las palabras muestran y esconden simultáneamente ya que jamás nos expresan de un modo perfecto. Este juego de paradojas de revelación/omisión o, si se quiere, de verdad/mentira, es inherente a las palabras pero difícil de aprender. Si domina esto, úselo en su defensa.

Acepto que pueda tener que omitir o mentir a los demás, sobre todo, cuando intentan invadir su espacio personal sin haber hecho mal a nadie. Admito incluso que existan asuntos que no quiera saber. En una sociedad con información excesiva, me parece vital saber seleccionar la información que se adquiere. Pero no se olvide que está condenado a la lucidez. Condenado, sí, porque si la lucidez es la mayor conquista del Homem, es también su mayor tragedia: cada uno de nosotros sabe que ha de morir. Por eso, evite mentirse a sí mismo y no haga como los histriónicos que se mienten primero a sí mismos para convencer que son sinceros a los demás.



EPÍLOGO

Si no se miente a sí mismo, descubrirá que es una persona con límites y dejará de querer ir a por todas, como hacen los fóbicos. Tampoco será dueño de la verdad, ni tan importante como los paranoicos. No será el más perfecto, lo que queda para los obsesivos, ni tan brillante o poderoso como los histriónicos y psicópatas. No será una persona muy especial, como los esquizofrénicos, ni un genio, como los maníaco-depresivos. Será una persona común que acepta los desafíos y las paradojas de la vida y hace lo posible para, en cada momento, dar lo que puede y actuar en conjunto con los demás. Mientras tanto, tiene que asumir la responsabilidad completa de sus acciones. Al final, todos fuimos expulsados del Paraíso y condenados a la solidaridad. Hicimos de las flaquezas, fuerzas y, unos con los otros, construimos cosas admirables.

Convengamos, entretanto, que todo esto es muy complicado, poco gratificante y difícil de hacer. Fácil, fácil, es convertirse en enfermo mental.



BIBLIOGRAFÍA

Los lectores más exigentes necesitarán ciertamente de lecturas con las que puedan ampliar sus conocimientos. Los estantes de las librerías están repletos de ellas, por lo que no será difícil satisfacer esa exigencia. El problema está en que muchos escritos sobre el asunto son vagos, otros confusos, otros repiten y triplican el discurso oficial (los consensos americanos).

La lista que sigue es una selección que obedece a varios propósitos. En primer lugar, de cara a los autores clásicos que, en general, describen minuciosamente a los pacientes. En segundo lugar incluye autodescripciones, o sea, enfermos que hablan de sus experiencias en primera persona y, por lo tanto, sin influencias de los pre-conceptos teóricos. En tercer lugar refiere algunos trabajos en apoyo de los aspectos menos consensuales de mis propuestas (en particular, el papel de la hiperventilación y de los ritmos biológicos). En cuarto lugar remite a varios artículos de revisión, muchos de los que fui publicando a lo largo de los años más recientes. Finalmente, se citan algunos libros recientes, cada uno de ellos explicando exhaustivamente determinadas patologías.

Muchas películas contemporáneas intentan describir la patología humana, aunque de un modo bastante ficcionado. Los que enca-



bezan esta lista tienen la ventaja de describir ciertos tipos de dolencias de un modo bastante plausible.

PELÍCULAS

DANIEL PETRIE (director): *Sybil*, (Lorimar Productions, 1977), con Sally Field and Joanne Woodward (Ilustración de una personalidad múltiple)

HAROLD RANIS (director): *Analise This*, (Warner Brothers, 1999), con Robert de Niro y Billy Crystal (Ilustración de un trastorno de pánico).

JAMES BROOKS (director): *As Good as It Gets*, (Columbia-Tristar Productions, 1997), con Jack Nicholson. (Ilustración de un obsesivo-compulsivo).

MIKE FIGGIS (director): *Mr. Jones* (Tristar pictures, 1993), con Richard Gere, (Ilustración de un maníaco-depresivo).

LIBROS

ALTHUSSER, L. (1992): *O Futuro é Muito Tempo*. Porto: Edições Asa. (Descripción autobiográfica de una psicosis maníaco-depresiva).

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1996): *DSM-IV Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.

BLEULER, E. (1950): *Dementia Praecox or The Group of Schizophrenias*. Nueva York: International University Press.

BECHMAN, E. E., Leber W. R. (1995): *Handbook of Depression*, 2nd. Ed. New York: The Guilford Press.

BECK, A. T., Emery, G., Greenberg, R. L. (1985): *Anxiety Disorders and Phobias. A Cognitive Perspective*. Nueva York: Basic Books.

BOUÇA, D. (2000): *Anorexia nervosa minha amiga*. Porto: Ambar.

BREMNER, J. D., Marmar, C. R. (1997): *Trauma, Memory and Dissociation*. Washington DC: American Psychiatric Press.



- CONRAD, K. (1971): *La Esquizofrenia Incipiente: Intento de un análisis de la forma del delirio*. Madrid, México: Ed. Alhambra.
- EY, H. (1973): *Traité des hallucinations*. Paris: Masson.
- FREUD, S. (1925): Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia ("Dementia Paranoides") autobiográficamente descrito, en *Obras completas* (Trad. Esp.). Madrid: Biblioteca Nueva, 1948, pp. 661-693.
- (1895): La histeria, en *Obras completas* (Trad. Esp.). Madrid: Ed. Biblioteca Nueva, 1948, pp. 28-130.
- (1925): Análisis de un caso de neurosis obsesiva, en *Historiales clínicos*, *Obras completas* (Trad. Esp.). Madrid: Ed. Biblioteca Nueva, 1948, pp. 624-661.
- FRIED, R. (1987): *The Hyperventilation Syndrome. Research and Clinical Treatment*. Baltimore y Londres: John Hopkins University Press.
- GOLEMAN, D. (1995): *Emotional Intelligence*. New York: Bantan Books.
- GONÇALVES, O. F. (2000): *Viver narrativamente: A psicoterapia como adjectivação da experiencia*. Coimbra: Quarteto.
- HALARIS, A. (1987): *Chronobiology and Psychiatric Disorders*. Nueva York: Elsevier.
- HALEY, J. (1965): El arte de ser esquizofrénico, *Voices*. Repr. en *Tácticas de poder de Jesucristo y otros ensayos*. Buenos Aires: Ed. Tiempo Contemporáneo, pp. 147-177.
- (1966): *Estrategias en psicoterapia*. Barcelona: Ed. Toray. (Orig.: *Strategies of Psychotherapy*, Grune & Stratton, Nueva York).
- (1968): El arte de fracasar como terapeuta, En *The Journal of Orthopsychiatry*. Repr. en *Tácticas de poder de Jesucristo y otros ensayos*. Buenos Aires: Ed. Tiempo Contemporáneo, pp. 71-98.
- JAMISON, K. R. (1993): *Touched with Fire: Manic-Depressive Illness and the Artistic Temperament*. Nueva York: The Free Press.
- (1996): *Una mente inquieta*. Sao Paulo: Martins Fontes. (Autodescripción de una psicosis maníaco-depresiva).
- KALES, A., Stefanis, C. N., Talbott, J. (1990): *Recent Advances in Schizophrenia*. Nueva York: Springer Verlag.



- KIRMAYER, L. J., Robbins, J. M. (1991): *Current Concepts of Somatization: Research and Clinical Perspectives*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- KRAFFT-EBING (1949): *Les déviations sexuelles*. Zurique: Ed. Albert Müller.
- KRIPNER, S., Powers, S. M. (1997): *Broken Images, Broken Selves: Dissociative Narratives in Clinical Practice*. Washington DC: Brunner / Mazel.
- MACEDO, A. F., Pocinho, F. E. (2000): *Obsessões e compulsões: as múltiplas faces de uma doença*. Coimbra: Quarteto.
- MACKINNON, R. A., Michels R. (1992): *A entrevista psiquiátrica na prática clínica*. 5ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- MAHONEY, M. J. (1991): *Human Change Process: The Scientific Foundations of Psychotherapy*. U.S.A.: Basic Books, Harper Collins Publ.
- MAYER-GROSS, Slater e Roth (1960): *Psiquiatria clínica*. Sao Paulo: Editora Mestre Jou.
- MERKSEY, H. (1995): *The Analysis of Hysteria: Understanding Conversion and Dissociation*, 2nd. Ed. Londres: Glaskell.
- MIKLOWITZ, D. J. (2002): *The Bipolar Disorder Survival Guide*. New York: The Guilford Press.
- MUNRO, A. (1999): *Delusional Disorder: Paranoia and Related Illnesses*. Cambridge University Press.
- PALMA, C. (1997): *Pânico, depressão, agorafobia, doença bipolar*. Lisboa: Hugin Editores, Lda. (Auto-descrição de ataques de pânico y agorafobia).
- PEREIRA, E. Aparício (1944): *Análise de alguns casos psicopatológicos*. Lisboa: Ed. De autor.
- PINTO-GOUEIA, J. (2000): *Ansiedade social. Da timidez á fobia social*. Coimbra: Quarteto.
- PIO-ABREU, J. L. (2000): *O Tempo Aprisionado: Ensaio não espiritualista sobre o espírito humano*. Coimbra: Quarteto Editora.
- (1997): *Introdução á psicopatologia compreensiva*, 2ª Edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.



BIBLIOGRAFÍA

- PRINCE, M. (1978): *The Dissociation of a Personality. The Hunt for the Real Miss Beauchamp*. Oxford: Oxford University Press.
- SEARLE J. (1997): *A redescoberta da mente*. São Paulo (Brasil): Martins Fontes.
- SMITH, A. (1991): *Seasonal Affective Disorder*. Londres: Harper Collins Publishers.
- SOEIRO, A. C. (1990): *O instinto de plateia*. Porto: Afrontamento.
- SPIEGEL, D (1994): *Dissociation: Culture, Mind and Body*, Whashington DC: American Psychiatric Press.
- VALLEJO RUILOBA, J., Berrios, G. E. (1995): *Estados obsesivos*, Madrid: Masson.
- VIEIRA A. B. (1983): *Etologia e ciências humanas*. Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda.
- WATZLAWICK P. (1986): *El arte de amargarse la vida*. Barcelona: Ed. Herder.
- WATZLAWICK, P., Beavin, J. H., Jackson, D. D. (1967): *Pragmática da comunicação humana*. Sao Paulo: Cultrix.
- WEEKS, G. R. (1991): *Promoting Change through Paradoxical Therapy*, Revised Ed, Brunner/Mazel Publ., Nueva York.

ARTÍCULOS

- ALLEN-GOMES, F. (1981): "Os problemas sexuais na prática clínica" (V), *Psiquiatria clínica*, 2:191-206.
- BROOCKS, A., Bandelow, B, Pekrun, G., y otros (1998): "Comparison of aerobic exercise, Clomipramine, and placebo in the treatment of panic disorder", *Am. J Psychiatry*, 155: 603-609.
- FERGUSON, D. M., Lynskey, M. T. (1996): "Adolescent resiliency to family adversity". *J.Child Psychiat.*, 37:281-292.
- GRIEZ, E., Zandbergen, J., Lousberg, H., Van den Hout, M. (1988): "Effects of low pulmonary CO₂ on panic anxiety", *Comprehensive Psychiatry*, 29: 490-497.
- HALL, W., Solowij (1997): "Long term cannabis use and mental health". *Brit. J. Psychiat.*, 171: 107-108.



- HEALY, D., Williams, J.M.G. (1989): "Moods, misattributions and mania: an interaction of biological factors in the pathogenesis of mania". *Pschiatric Developments*, 1: 49-70.
- HENRIQUES, V. (2000): "Da síndrome de Briquet ao distúrbio de somatização: estudo de revisao", *Psiquiatria clínica*, 21:135-141.
- HIBBERT, G. A. (1984): "Hyperventilation as a cause of panic attacks", *British Medical Journal*, 288: 263-264.
- KLEIN, D. F, Gorman, J. M. (1987): "A model of panic and agoraphobic development", *Acta Psychiatr. Scand*, 76 (suppl. 335): 87-95.
- KRAFT, A. R., Hoogduin, C. A. L. (1984): "The hyperventilation syndrome. A pilot study on the effectiveness of treatment", *Brit. J. Psychiat.*, 145: 538-42.
- LEY, R. (1994): "Dyspneic-fear theory explains hyperventilatory panic attacks: a reply to Carr, Lehrer and Hochron". *Behav. Res. Ther.*, 32: 109-111.
- LUTHAR, S. S. (1.993): "Annotation: methodological and conceptual issues on childhood resilience". *J. Child Psychiat.*, 34: 441-453.
- MADDEN, P. A. F., Heath, A. C., Rosenthal, N. M. (1996): "Seasonal changes in mood and behaviour: the role of genetic factors". *Arch. Gen. Psychiatry*, 53: 47-55.
- MARGARIAN, G. J., Olney, R K (1984): "Absence spells: hyperventilation syndrome as a previously unrecognized cause". *The American Journal of Medicine*, 76: 905-909.
- PIO-ABREU, J. L., Henriques V., Vicente C. (1999): "Transtorno de somatização: diagnóstico e prevalência numa enfermaria psiquiátrica de mulheres". *Psiquiatria clínica*, 20: 101-107.
- PIO-ABREU, J. L. (1984): "Epidemiologia psiquiátrica. Análise crítica dos resultados e método". *Psiquiatria clínica*, 5: 7-37.
- (1997): "Seasonal variation in bipolar disorder" (Letter), *Brit. J. Psychiatry*, 170: 483-484.
- (2000): "Clinica e investigação da esquizofrenia: um desafio contemporâneo". *Saúde mental*, II, 3: 9-15.



- PIO-ABREU, J. L., Biscaia, P. (1980): "Luto patológico: algumas considerações a propósito do tratamento de um caso", *Psiquiatria clínica*, 1:33-37.
- PIO-ABREU, J. L., Ramalheira, C. (1993): "Análise da génese e evolu-gro dos ataques de pánico", *Caesura, Revista crítica de Ciências Sociais e Humanas*, ULBRA, Canoas, Brasil, 3:49-56.
- PIO-ABREU, J. L., Ramalheira, C., Valente, J. M. (1995): "Clustering of fears in panic attacks", *Acta Psiquiátrica Portuguesa*, 41: 307-311.
- (1998): "Towards a 'Map' of panic: structure of the bodily symptoms". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97: 66-70.
- PIO-ABREU, J.L., e Pires, I. C. (1985): "Incidência sazonal das psicosses afectivas bipolares", *Psiquiatria clínica*, 6:181-8.
- RUTTER, M. (1985): "Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder". *Brit. J. Psychiatry*, 147: 598-611.
- SALKOVSKIS, P. M., Jones, D. R., Clark, D. M. (1986): "Respiratory control in the treatment of panic attacks: replication and extension with concurrent measurement of behaviour and pCO₂", *Br. J. Psychiat.*, 148: 526.
- SHEEHAN, D. (1990): "The natural history of panic disorder", in *The Dilemma of Panic Disorder, Problems and Practical Solutions*, Department of Postgraduate and Continuing Medical Education at McLean Hospital, pp. 9-10.
- VIEIRA, A- B. (1984): "Psicopatologia dos delírios de Ciúme", *Psiquiatria clínica*, 5 (4): 163-195.
- WEHR, T. A., Rosenthal, N. E. (1989): "Seasonality and affective disorders". *Am. J. Psychiatry*, 146: 829-839.
- WRIGHT, J. B. D. (1993): "Mania following sleep deprivation". *Brit. J. Psychiat.*, 163: 679-680.



1. *Relatos para el crecimiento personal*. CARLOS ALEMANY (ED.), RAMIRO ÁLVAREZ, JOSÉ VICENTE BONET, IOSU CABODEVILLA, EDUARDO CHAMORRO, CARLOS DOMINGUEZ, JOSÉ ANTONIO GARCÍA-MONGE, ANA GIMENO-BAYÓN, MAITE MELENDO, ALEJANDRO ROCAMORA. PRÓLOGO DE JOSÉ LUIS PINLLOS. (6ª ed.)
2. *La asertividad: expresión de una sana autoestima*. OLGA CASTANYER. (21ª ed.)
3. *Comprendiendo cómo somos. Dimensiones de la personalidad*. ANA GIMENO-BAYÓN COBOS. (5ª ed.)
4. *Aprendiendo a vivir. Manual contra el aburrimiento y la prisa*. ESPERANZA BORÚS. (5ª ed.)
5. *¿Qué es el narcisismo?* JOSÉ LUIS TRECHERA. (2ª ed.)
6. *Manual práctico de P.N.L. Programación neurolingüística*. RAMIRO J. ÁLVAREZ. (5ª ed.)
7. *El cuerpo vivenciado y analizado*. CARLOS ALEMANY Y VÍCTOR GARCÍA (EDS.)
8. *Manual de Terapia Infantil Gestáltica*. LORETTA ZAIRA CORNEJO PAROLINI. (5ª ed.)
9. *Viajes hacia uno mismo. Diario de un psicoterapeuta en la postmodernidad*. FERNANDO JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN. (2ª ed.)
10. *Cuerpo y Psicoanálisis. Por un psicoanálisis más activo*. JEAN SARKISSOFF. (2ª ed.)
11. *Dinámica de grupos. Cincuenta años después*. LUIS LÓPEZ-YARTO ELIZALDE. (5ª ed.)
12. *El eneagrama de nuestras relaciones*. MARIA-ANNE GALLAN - HANS NEIDHARDT. (5ª ed.)
13. *¿Por qué me culpabilizo tanto? Un análisis psicológico de los sentimientos de culpa*. LUIS ZABALEGUI. (3ª ed.)
14. *La relación de ayuda: De Rogers a Carkhuff*. BRUNO GIORDANI. PRÓLOGO DE M. MARROQUÍN. (2ª ed.)
15. *La fantasía como terapia de la personalidad*. FERNANDO JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN. (2ª ed.)
16. *La homosexualidad: un debate abierto*. JAVIER GAFO (ED.). JAVIER GAFO, CARLOS DOMINGUEZ, JUAN-RAMÓN LACADENA, ANA GIMENO BAYÓN, JOSÉ LUIS TRECHERA. (3ª ed.)
17. *Diario de un asombro*. ANTONIO GARCÍA RUBIO. PRÓLOGO DE J. MARTÍN VELASCO. (3ª ed.)
18. *Descubre tu perfil de personalidad en el eneagrama*. DON RICHARD RISO. (5ª ed.)
19. *El manantial escondido. La dimensión espiritual de la terapia*. THOMAS HART.
20. *Treinta palabras para la madurez*. JOSÉ ANTONIO GARCÍA-MONGE. (8ª ed.)
21. *Terapia Zen*. DAVID BRAZIER. PRÓLOGO DE ANA MARIA SCHLÜTER RODÉS. (2ª ed.)
22. *Sencillamente cuerdo. La espiritualidad de la salud mental*. GERALD MAY. PRÓLOGO DE JOSÉ-VICENTE BONET.
23. *Aprender de Oriente: Lo cotidiano, lo lento y lo callado*. JUAN MASIÁ CLAVEL.
24. *Pensamientos del caminante*. M. SCOTT PECK. PRÓLOGO DE JOSÉ-VICENTE BONET.
25. *Cuando el problema es la solución. Aproximación al enfoque estratégico*. RAMIRO J. ÁLVAREZ. (2ª ed.)
26. *Cómo llegar a ser un adulto. Manual sobre la Integración Psicológica y Espiritual*. DAVID RICO. (2ª ed.)
27. *El acompañante desconocido. De cómo lo masculino y lo femenino que hay en cada uno de nosotros afecta a nuestras relaciones*. JOHN A. SANFORD.
28. *Vivir la propia muerte*. STANLEY KELEMAN. PRÓLOGO DE JUAN MANUEL G. LLAGOSTERA.
29. *El ciclo de la vida: Una visión sistémica de la familia*. ASCENSIÓN BELART - MARÍA FERRER. PRÓLOGO DE LUIS ROJAS MARCOS. (2ª ed.)
30. *Yo, limitado. Pistas para descubrir y comprender nuestras minusvalías*. MIGUEL ÁNGEL CONESA FERRER.
31. *Lograr buenas notas con apenas ansiedad. Guía práctica para sobrevivir a los exámenes*. KEVIN FLANAGAN. PRÓLOGO DE JOAQUÍN M^º. GARCÍA DE DIOS.
32. *Alí Babá y los cuarenta ladrones. Cómo volverse verdaderamente rico*. VERENA KAST. PRÓLOGO DE GABRIELA WASSERZIEHR.
33. *Cuando el amor se encuentra con el miedo*. DAVID RICO. (3ª ed.)
34. *Anhelos del corazón. Integración psicológica y espiritualidad*. WILKIE AU - NOREEN CANNON.
35. *Vivir y morir conscientemente*. IOSU CABODEVILLA. PRÓLOGO DE CELEDONIO CASTANEDO. (3ª ed.)
36. *Para comprender la adicción al juego*. MARÍA PRIETO URSÚA. PRÓLOGO DE LUIS LLAVONA.
37. *Psicoterapia psicodramática individual*. TEODORO HERRANZ CASTILLO.
38. *El comer emocional*. EDWARD ABRAMSON.
39. *Creer en intimidad. Guía para mejorar las relaciones interpersonales*. JOHN AMODEO - KRIS WENTWORTH.

40. *Diario de una maestra y de sus cuarenta alumnos*. ISABEL AGÜERA ESPEJO-SAAVEDRA.
41. *Valórate por la felicidad que alcances*. XAVIER MORENO LARA.
42. *Pensándolo bien... Guía práctica para asomarse a la realidad*. RAMIRO J. ÁLVAREZ.
PRÓLOGO DE JOSÉ KLINGBEIL.
43. *Límites, fronteras y relaciones. Cómo conocerse, protegerse y disfrutar de uno mismo*. CHARLES L. WHITFIELD. PRÓLOGO DE JOHN AMODEO.
44. *Humanizar el encuentro con el sufrimiento*. JOSÉ CARLOS BERMEJO.
45. *Para que la vida te sorprenda*. MATILDE DE TORRES. (2ª ed.)
46. *El Buda que siente y padece. Psicología budista sobre el carácter, la adversidad y la pasión*. DAVID BRAZIER.
47. *Hijos que no se van. La dificultad de abandonar el hogar*. JORGE BARRACA.
PRÓLOGO DE LUIS LÓPEZ-YARTO.
48. *Palabras para una vida con sentido*. M^a. ÁNGELES NOBLEJAS.
49. *Cómo llevamos bien con nuestros deseos*. PHILIP SHELDRAKE.
50. *Cómo no hacer el tonto por la vida. Puesta a punto práctica del altruismo*.
LUIS CENCILLO. PRÓLOGO DE ANTONIO BLANCH. (2ª ed.)
51. *Emociones: Una guía interna. Cuáles sigo y cuáles no*. LESLIE S. GREENBERG.
PRÓLOGO DE CARMEN MATEU. (2ª ed.)
52. *Éxito y fracaso. Cómo vivirlos con acierto*. AMADO RAMÍREZ VILLAFÁNEZ.
53. *Desarrollo de la armonía interior*. JUAN ANTONIO BERNAD.
54. *Introducción al Role-Playing pedagógico*. PABLO POBLACIÓN KNAPPE y ELISA LÓPEZ
BARBERÁ y COLS. PRÓLOGO DE JOSÉ A. GARCÍA-MOGE.
55. *Cartas a Pedro. Guía para un psicoterapeuta que empieza*. LORETTA CORNEJO.
56. *El guión de vida*. JOSÉ LUIS MARTORELL. PRÓLOGO DE JAVIER ORTIGOSA.
57. *Somos lo mejor que tenemos*. ISABEL AGÜERA ESPEJO-SAAVEDRA.
58. *El niño que seguía la barca. Intervenciones sistémicas sobre los juegos familiares*.
GIULIANA PRATA; MARIA VIGNATO y SUSANA BULLRICH.
59. *Amor y traición*. JOHN AMODEO. PRÓLOGO DE CARLOS ALEMANY.
60. *El amor. Una visión somática*. STANLEY KELEMAN. PRÓLOGO DE JAIME GUILLÉN DE ENRÍQUEZ.
61. *A la búsqueda de nuestro genio interior: Cómo cultivarlo y a dónde nos guía*.
KEVIN FLANAGAN.
62. *A corazón abierto. Confesiones de un psicoterapeuta*. FERNANDO JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-
PINZÓN.
63. *En vísperas de morir. Psicología, espiritualidad y crecimiento personal*.
IOSU CABODEVILLA ERASO. PRÓLOGO DE RAMÓN MARTÍN RODRIGO.
64. *¿Por qué no logro ser asertivo?* OLGA CASTANYER y ESTELA ORTEGA.
65. *El diario íntimo: buceando hacia el yo profundo*. JOSÉ-VICENTE BONET, S.J. (2ª ed.)
66. *Caminos sapienciales de Oriente*. JUAN MASÍA.
67. *Superar la ansiedad y el miedo. Un programa paso a paso*. PEDRO MORENO.
PRÓLOGO DE DAVID H. BARLOW, PH.D. (2ª ed.)
68. *El matrimonio como desafío. Destrezas para vivirlo en plenitud*. KATHLEEN R. FISCHER
y THOMAS N. HART.
69. *La posada de los peregrinos. Una aproximación al Arte de Vivir*. ESPERANZA BORÚS.
70. *Realizarse mediante la magia de las coincidencias. Práctica de la sincronicidad me-
diante los cuentos*. JEAN-PASCAL DEBAILLEUL y CATHERINE FOURGEAU.
71. *Psicoanálisis para educar mejor*. FERNANDO JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN.
72. *Desde mi ventana. Pensamientos de autoliberación*. PEDRO MIGUEL LAMET.
73. *En busca de la sonrisa perdida. La psicoterapia y la revelación del ser*.
JEAN SARKISSOFF.
74. *La pareja y la comunicación. La importancia del diálogo para la plenitud y la
longevidad de la pareja. Casos y reflexiones*. PATRICE CUDICIO y CATHERINE CUDICIO.
75. *Ante la enfermedad de Alzheimer. Pistas para cuidadores y familiares*. MARGA NIETO CARRERO.
76. *Me comunico... Luego existo. Una historia de encuentros y desencuentros*. JESÚS DE
LA GÁNDARA MARTÍN.
77. *La nueva sofrología. Guía práctica para todos*. CLAUDE IMBERT.
78. *Cuando el silencio habla*. MATILDE DE TORRES VILLAGRÁ.
79. *Atajos de sabiduría*. CARLOS DÍAZ.

80. *¿Qué nos humaniza? ¿Qué nos deshumaniza?* RAMÓN ROSAL CORTÉS.
81. *Más allá del individualismo.* RAFAEL REDONDO.
82. *La terapia centrada en la persona hoy. Nuevos avances en la teoría y en la práctica.* DAVE MEARN y BRIAN THORNE. PRÓLOGO DE MANUEL MARROQUÍN PÉREZ.
83. *La técnica de los movimientos oculares. La promesa potencial de un nuevo avance psico-terapéutico.* FRED FRIEDBERG. INTRODUCCIÓN A LA EDICIÓN ESPAÑOLA POR RAMIRO J. ÁLVAREZ
84. *No seas tu peor enemigo...¡...Cuando puedes ser tu mejor amigo!* ANN-MARIE McMAHON.
85. *La memoria corporal. Bases teóricas de la diafreoterapia.* LUZ CASASNOVAS SUSANNA.
86. *Atrapando la felicidad con redes pequeñas.* IGNACIO BERCIANO PÉREZ. CON LA COLABORACIÓN DE ITZIAR BARRENGOA
87. *C.G. Jung. Vida, obra y psicoterapia.* M. PILAR QUIROGA MÉNDEZ.
88. *Creer en grupo. Una aproximación desde el enfoque centrado en la persona.* BARTOMEU BARCELÓ. PRÓLOGO DE JAVIER ORTIGOSA.
89. *Automanejo emocional. Pautas para la intervención cognitiva con grupos.* ALEJANDRO BELLO GÓMEZ, ANTONIO CREGO DÍAZ. PRÓLOGO DE GUILLEM FEIXAS I VIAPLANA.
90. *La magia de la metáfora. 77 relatos breves para educadores, formadores y pensadores.* NICK OWEN. PRÓLOGO DE RAMIRO J. ÁLVAREZ.
91. *Cómo volverse enfermo mental.* JOSÉ LUIS PÍO ABREU. PRÓLOGO DE ERNESTO FONSECA-FÁBREGAS.
92. *Psicoterapia y espiritualidad. La integración de la dimensión espiritual en la práctica terapéutica.* AGNETA SCHREURS. PRÓLOGO DE JOSÉ MARÍA MARDONES.

Serie MAIOR

1. *Anatomía Emocional.* STANLEY KELEMAN. (4ª ed.)
2. *La experiencia somática.* STANLEY KELEMAN. (2ª ed.)
3. *Psicoanálisis y Análisis Corporal de la Relación.* ANDRÉ LAPIERRE.
4. *Psicodrama. Teoría y práctica.* JOSÉ AGUSTÍN RAMÍREZ. PRÓLOGO DE JOSÉ ANTONIO GARCÍA-MONGE. (2ª ed.)
5. *14 Aprendizajes vitales.* CARLOS ALEMANY (ED.), ANTONIO GARCÍA RUBIO, JOSÉ A. GARCÍA-MONGE, CARLOS R. CABARRÚS, LUIS CENCILLO, JOSÉ M. DÍEZ-ALEGÍA, OLGA CASTANYER, IOSU CABODEVILLA, JUAN MASÍ, DOLORES ALEIXANDRE, MIGUEL DE GUZMÁN, JESÚS BURGALETA, Mª. JOSÉ CARRASCO, ANA GIMENO. (8ª ed.)
6. *Psique y Soma. Terapia bioenergética.* JOSÉ AGUSTÍN RAMÍREZ. PRÓLOGO DE LUIS PELAYO. EPILOGO DE ANTONIO NÚÑEZ.
7. *Creer bebiendo del propio pozo. Taller de crecimiento personal.* CARLOS RAFAEL CABARRÚS, S.J. PRÓLOGO DE CARLOS ALEMANY. (6ª ed.)
8. *Las voces del cuerpo. Respiración, sonido y movimiento en el proceso terapéutico.* CAROLYN J. BRADDOCK.
9. *Para ser uno mismo. De la opacidad a la transparencia.* JUAN MASÍ CLAVEL
10. *Vivencias desde el Enneagrama.* MAITE MELENDO. (3ª ed.)
11. *Codependencia. La dependencia controladora. La dependencia sumisa.* DOROTHY MAY.
12. *Cuaderno de Bitácora, para acompañar caminantes. Guía psico-histórico-espiritual.* CARLOS RAFAEL CABARRÚS. (3ª ed.)
13. *Del ¡viva los novios! al ¡ya no te aguanto! Para el comienzo de una relación en pareja y una convivencia más inteligente.* EUSEBIO LÓPEZ.
14. *La vida maestra. El cotidiano como proceso de realización personal.* JOSÉ MARÍA TORO.
15. *Los registros del deseo. Del afecto, el amor y otras pasiones.* CARLOS DOMÍNGUEZ MORANO.
16. *Psicoterapia integradora humanista. Manual para el tratamiento de 33 problemas psicosensores, cognitivos y emocionales.* ANA GIMENO-BAYÓN y RAMÓN ROSAL.
17. *Deja que tu cuerpo interprete tus sueños.* EUGENE T. GENDLIN. PRÓLOGO DE CARLOS R. CABARRÚS.
18. *Cómo afrontar los desafíos de la vida.* CHRIS L. KLEINKE.
19. *El valor terapéutico del humor.* ÁNGEL RZ. IDÍGORAS (ED.). (2ª ed.)
20. *Aumenta tu creatividad mental en ocho días.* RON DALRYMPLE, PH.D., F.R.C.
21. *El hombre, la razón y el instinto.* JOSÉ Mª PORTA TOVAR.
22. *Guía práctica del trastorno obsesivo compulsivo (TOC). Pistas para su liberación.* BRUCE M. HYMAN y CHERRY PEDRICK. PRÓLOGO DE ALEJANDRO ROCAMORA.

Este libro se terminó
de imprimir
en los talleres de
RGM, S.A., en Bilbao,
el 8 de enero de 2004.



Crecimiento personal
COLECCIÓN
Director: Carlos Alemany

Decía Faulkner que “la mayoría de la gente es como es porque no se atreve a ser de otra manera”. El Profesor Pio Abreu no sólo se atreve a “ser” de otra manera, sino a “escribir de otra manera”. Nos adentra a una psicopatología “al revés”, ¿cómo hacerse enfermo mental?, abriendo así una puerta a que el enfermo pueda entender mejor, en ocasiones en clave humorística, cómo enfermó.

Este libro es una tentativa desesperada de contribuir a la salud mental de las personas, una vez admitida la ineficacia de millares de libros que proponen tratamientos y normas para una vida saludable. Al asumir este reto, Pio Abreu acepta los sorprendentes designios de la inteligencia humana. El lector interesado encontrará aquí una amplia variedad de enfermedades mentales junto con sus criterios diagnósticos y una detallada explicación de cómo lograr el objetivo de “volverse enfermo mental”. Eso sí, todo cosas fáciles. Porque el tratamiento es difícil, y más difícil todavía mantenerse sano en medio de esta complicada sociedad consumista.

Agradecemos al autor el habernos encendido la lámpara de este libro. En él encontrará el lector una verdadera novedad para la psiquiatría contemporánea que, de una forma sencilla y corta, ilumina el campo de nuestros conocimientos.

© Ilustración de cubierta: AGE Fotostock

ISBN: 84-330-1839-6



9 788433 018397

DESCLÉE DE BROUWER

