

## PREFACIO

La psiquiatría es una ciencia heteróclita (al decir de López Ibor), lo que significa que si bien siempre seguimos siendo médicos (de ahí la parte *iatría* que significa médico), no obstante nos nutrimos de ramas muy afines como son la psicología, la antropología, la bioquímica, la farmacología, la genética..., aunque no somos en ningún caso profesionales especializados en estas ramas afines, ni somos psicólogos ni antropólogos, etc.

La motivación para escribir este libro ha sido tanto aportar información como formación, en un lenguaje accesible, para médicos, psicólogos y así mismo para cualquier persona del mundo de las ciencias de la salud, y también para quien esté interesado en el ser humano y su enfermedad.

¿Pero sobre qué quiero formar e informar? Fundamentalmente sobre lo que hacemos en psiquiatría o lo que, en muchos casos, debiéramos hacer. No es válido que un paciente vaya al psiquiatra y le cuente sus síntomas, y poco más, y se le recete un medicamento. Incluso por el abuso de esta simplificación del acto médico se ha querido retomar conceptos antiguos propios de la «antipsiquiatría» (una corriente de los años sesenta que prácticamente ha desaparecido) creando una «nueva» corriente que se llama la «nueva psiquiatría» que en definitiva no son más que «nuevos odres para vino añejo», es decir, actualizan lo que ya es muy conocido, aunque aparece ahora como crítica a esta postura simple de escuchar algo al paciente y automáticamente recetarle.

Todo esto confunde mucho a las personas interesadas por las enfermedades mentales y por lo que hacemos los psiquiatras.

Cierto es que nos nutrimos de los avances técnicos y bioquímicos que se conocen, cada vez más, sobre la enfermedad mental, pero debido a que no tenemos pruebas analíticas, ni radiografías, TAC o resonancia magnética que confirmen nuestros diagnósticos, estamos obligados a hacer una medicina personalizada, biografiada, conociendo no solo desde cuándo se padece la enfermedad sino, además, qué supone la enfermedad para la persona y cuál es la estructura de su vida que ha podido facilitar o por el contrario compensar la enfermedad mental. La psiquiatría supone comprender la historia particular de cada paciente para poder aplicarle el mejor tratamiento

personalizado. La psiquiatría bien aplicada supone conocer en el paciente su estructura neurocultural.

Como indica Barcia (1979): «la medicina se encuentra sometida a dos realidades, la de la ciencia y la realidad del hombre individual», y en este sentido señala López Ibor (1966): «contentarse con conocer los cuadros clínicos tal como se hallan descritos en los libros y tratar de clasificar los enfermos con un único propósito nosológico (conocer sus características), es renunciar a la comprensión vital de cada caso. La experiencia clínica consiste en la singularización en la comprensión del enfermo. Esta es la psiquiatría que no está en los libros..., esta es la psiquiatría que está en la médula de los verdaderos psiquiatras».

No solo tenemos que descubrir los «hechos», pues si nos quedamos ahí, esto nos conduce a lo que Demócrito denominó «forma bastarda de conocimiento», sino que, además, tenemos que conocer por qué aparecen esos hechos y cuál es su «fuerza» en la vida del paciente. Y también conocer y comprender por qué han desencadenado o encronizado una enfermedad mental.

Por esto, en los distintos capítulos de este libro se plantean los diagnósticos de las clasificaciones internacionales DSM y CIE y cómo estos, si bien son muy útiles para poder clasificar rápidamente a los enfermos, no obstante solo hablan de «trastornos» y no de enfermedades. Se olvidan del paciente singular.

Ya en otros libros anteriores reflexionamos sobre la ansiedad (*Comprender la ansiedad, las fobias y el estrés*. Pirámide, 2011) sobre la depresión (*La enfermedad depresiva. Conocer y entender la depresión en lenguaje para todos*. Albatros, 2008) y sobre la psicosis (*Psicosis. Delirios, alucinaciones, sectas y estigma*. Pirámide, 2018) y en todos ellos buscando que estas enfermedades fueran conocidas en un lenguaje accesible.

El estigma sobre los pacientes con enfermedad mental solo puede ser mejorado o suprimido dando información seria, pero a la vez comprensible. Pocas especialidades tienen este problema del estigma tan acusado como en psiquiatría, aunque haya excepciones como ocurre con el lupus y en dermatología con el vitíligo, el acné y la psoriasis.

Puede incluso parecer curioso que dediquemos un capítulo al «amor y la técnica en los tratamientos psiquiátricos», pero sigue siendo válido demasiado frecuentemente el comentario de Honorio Delgado (1992): «el positivismo, generalización abusiva de las ideas válidas solo en el dominio estricto de las ciencias físicas, lleva a considerar al enfermo como un simple objeto material, y a la medicina como una mezcla de ciencia y técnica, por ende, impersonal y mecánica». El amor en medicina no es solo un sentimiento, es un acto: un acto de comprensión humanitaria de todo sufrimiento que por la enfermedad se encuentra incardinado en la totalidad biológica, psíquica, social, neurocultural y también histórica, y no existe una verdadera vocación y amor por el hombre que sufre enfermedad si no hay una vocación humana por el resto de la humanidad.

Todo esto no origina, ni mucho menos, un rechazo a los avances técnicos. Desde luego prefiero ser tratado por un psiquiatra del siglo XXI que ha conseguido incorporar la ciencia a su profesión, que por otro de principios del siglo XX, que obligaba a comentar al psiquiatra K. Jaspers cómo apenas se podía hacer con muchos pacientes psiquiátricos más que cuidarlos de las enfermedades comunes.

Creo que el problema no es el uso excesivo de fármacos ni de ciencia, sino cómo se usan. Si personificamos al paciente, si lo conocemos más íntimamente, si, como decía Jaspers, hacemos de la historia clínica una antropología biológica, entonces da igual que mediquemos con uno o con cinco fármacos, o que apliquemos conocimientos de los neurotransmisores serotonina, adrenalina o dopamina, pues existirán objetivos claros personalizados. Cuanto más nos aporte la «personalización bioquímica y genética» sin que desaparezca la personalización del enfermo con su biopatohistoria, más aumentaremos la efectividad y eficiencia en la cura del hombre real enfermo, que será siempre el beneficiado.

Quisiera agradecer a la profesora García-Merita su colaboración con un capítulo sobre psicoterapia. No es un capítulo al uso que solo hable de los distintos tipos de psicoterapia, sino que aporta su vasta experiencia para poder plantear la importancia de las actitudes y aptitudes del psicoterapeuta, así como los límites de la psicoterapia y consideraciones que son de gran valor tanto para psicólogos como para cualquier profesional de la salud o persona interesada en ella.

También he de agradecer a quienes han corregido y revisado el texto, María Adela Rojo, Amparo Betés, y a los psiquiatras Carlota Valdemoro y Miguel Hernández y a la profesora M. L. García-Merita, que me han dado sus opiniones sinceras sobre la claridad y características de los diversos apartados y párrafos para hacer el libro más fluido y comprensible.

Aunque no ha intervenido directamente en la realización del libro, quisiera también agradecer al psicólogo Francisco Santolaya Ochando (decano del Colegio Oficial de la Psicología de la Comunitat Valenciana — COPCV— y presidente del Consejo General de la Psicología de España — COP—), con quien he compartido muchos años en el ejercicio de la salud mental en el sistema público de la Generalitat Valenciana, por sus frecuentes comentarios y conversaciones que me han aclarado y aportado ideas sobre el trabajo unitivo de los profesionales en salud mental y por su continuo apoyo en el campo profesional y personal.

Y como siempre, no es posible escribir un libro y dedicar a la vez el tiempo suficiente a la familia y al trabajo, por lo que este no habría sido posible sin el apoyo constante y paciencia de mi mujer Carlota y mis hijos Miguel y Carlota.

Valencia, 2021.