

Dementia Rationalis (Reflexiones sobre la racionalidad)

Dementia Rationalis (Reflections on rationality)

Pedro Rocamora García-Valls¹

Académico de Número de la Sección de Derecho de la RADE

RESUMEN

Hay recientemente una tendencia al cuestionamiento de la racionalidad como una explicación infalible, totalizadora y cerrada. Este trabajo pretende responder a las preguntas ¿qué entendemos por racionalidad?, y ¿cuál es la relación entre racionalidad y trastorno mental? Para eso se parte del concepto de conciencia, que es previo y *sine qua non* al de racionalidad, y se analizan los factores individuales y psicosociales que pueden llevar a lo que denominamos *dementia rationalis*.

PALABRAS CLAVE: cerebro, realidad, verdad, conciencia, trastorno mental, racionalidad.

ABSTRACT

Recently, there is a tendency to question rationality as an infallible, total and absolute explanation of reality. This text will attempt to answer the questions: what do we understand as rationality? and: what is the relationship between rationality and mental disorder? To answer this, we start with the concept of conscience which is previous and *sine qua non* to the concept of rationality, and then analyse the individual and psychosocial reasons which could cause what we call *dementia rationalis*.

KEYWORDS: brain, reality, truth, conscience, mental disorder, rationality.

¹ Doctor en Derecho, Doctor en Psicología y Doctor en Medicina -Neurociencia-.

“Allí donde hay que operar con el hombre
hay que contar con su irracionalidad como
un estado de hecho”

Castilla del Pino²

El cerebro tiene dos misiones principales, control de las funciones básicas vitales, así como percepción y procesamiento de la información³.

La conciencia es una función⁴ cerebral cuya base estructural es neurofisiológica pero cuyo desarrollo y configuración es psicosocial, y está determinado por la experiencia vital y las creencias y valores inculcados en la infancia (carga referencial).

Señalo esto, porque la existencia de la función conciencia es condición previa para el desarrollo de la razón. De la misma forma que sin cerebro no puede haber conciencia, sin conciencia no puede haber ni razón ni racionalidad.

Por tanto, como veremos al final, hay una relación entre conciencia y racionalidad, pues el estado de la conciencia afecta a la racionalidad. Con otras palabras, lo que le suceda a la conciencia lo hereda la razón.

En el niño el acceso a la razón no es consustancial al nacimiento, sino que constituye un largo proceso que “despega” a partir del denominado “uso de razón” en torno a los siete años.

¿Qué sucede durante ese periodo? En su ontogénesis el niño reproduce la filogénesis de su especie. Es decir, comienza con la vida puramente biológica y desde esta evoluciona a un universo simbólico. Surgen entonces las ilusiones infantiles que “mezclan los deseos con la realidad y las fantasías con los hechos” (definición de neurosis), también los niños establecen relaciones o vínculos ficticios, “poner en relación sin motivo” (definición de delirio), y pueden tener alucinaciones visuales o auditivas, por ejemplo un “amigo imaginario” (algo que en un adulto apuntaría a rasgos psicóticos).

² Castilla del Pino, C. (1979), *La culpa*. Madrid: Ed. Alianza, pp. 23-24.

³ El cerebro busca siempre explicaciones para los estímulos que recibe, y si no las hay, o no las encuentra, las “crea” en forma de alucinaciones, sueños o interpretaciones delirantes.

⁴ Esa función cerebral perceptivo-cognitiva determina el enfoque de la realidad y la conducta y constituye el soporte estructural de la actividad pensante. Todo ello implica y posibilita el conocimiento (entendimiento y razón) reflexivo de la realidad y las cosas (conciencia objetiva) y la capacidad de autorreconocimiento (autoconciencia o conciencia de sí mismo). El concepto de conciencia como función está plenamente avalado por un amplio sector doctrinal de la psiquiatría actual que considera que “la conciencia es la *función* gracias a la cual el ser humano se da cuenta tanto de sí mismo como del mundo”. López-Ibor Aliño, et al. (1999), *Lecciones de psicología médica*. Barcelona: Ed. Masson, p. 231. También es compartido por la psicología: “La conciencia es una *función cerebral*” Pinillos, J. L. (2004), *La mente humana*. Madrid: Ed. Temas de Hoy, p. 127. Así mismo, es concordante dicha visión con la de Freud. Vid. *Lo inconsciente, la conciencia y la realidad en La interpretación de los sueños* (1900), Obras Completas, Vol. V. Buenos Aires: Ed. Amorrortu, p. 598. Las cursivas son mías.

Pero además, psiconalíticamente, el niño está sobredeterminado por el principio del placer que impulsa a la inmediata satisfacción del deseo⁵. Eso llevó a Freud a sostener que pueda convertirse en un “perverso polimorfo”⁶.

La “terapia” contra la “dementia puberal”, cuyo objetivo es situar al sujeto en el aquí y ahora de la realidad, es un proceso complejo fundamentado en el adiestramiento educativo⁷ diario y constante que utiliza todo un arsenal de estrategias, condicionamiento clásico, operante, refuerzos-premio, castigos-sanción, etc., para lograr, finalmente, la socialización adaptativa.

Las carencias cognitivas de los primeros años enlazadas con los posteriores problemas de la adolescencia, como el déficit de control de impulsos que puede conducir a trastornos antisociales de la personalidad, conductas adictivas o alienantes (aislamiento en una “realidad virtual”⁸), etc., hacen de ese periodo altamente psicopatogénico.

Esa fase, teóricamente, termina con la mayoría de edad, ya que hasta entonces el hombre no adquiere, jurídicamente, la plena capacidad de obrar. Tal proceso de adaptación, ocupa casi una cuarta parte de la cronología humana y es, proporcionalmente, uno de los más largos de todas las especies vivas existentes.

Durante su vida útil, el ser humano puede padecer multitud de trastornos mentales⁹ gran parte de los cuales implican una alteración de la conciencia. Incluso el propio concepto de conciencia no expresa una situación permanente, idéntica y estable, ya que existen distintos estados de conciencia como vigilia, obnubilación y confusión, sueño, inconsciencia y coma.

En la senectud hay trastornos específicos, algunos se agrupan en las demencias, caracterizadas por un proceso involutivo con retroceso a la dependencia como en la etapa inicial.

Por lo expuesto, la época “plenamente operativa” es desde mayoría de edad a senectud. En ese plazo, ¿podría sostenerse que la razón ocupa el 100% de nuestras decisiones? ¿Es eso

⁵ Hasta que estructura su *súper yo* que limita esa pulsión con el *principio de la realidad* (no todo deseo puede satisfacerse siempre).

⁶ Freud, S. (2005), *Tres ensayos de teoría sexual*. Obras Completas, Vol. VII. Buenos Aires: Ed. Amorrortu, p. 173.

⁷ En distintas etapas: guardería, enseñanza primaria, secundaria, formación profesional o universitaria, etc.

⁸ Vid. Ramírez-Restrepo, L. M. (2014), *Facultades cerebrales superiores alteradas por el uso inadecuado de Internet*. <http://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/168/429n>. En este ensayo se estudia la adicción o dependencia patológica a Internet, videoconsolas, videojuegos y telefonía móvil, así como las posibles alteraciones de atención, memoria y aprendizaje que pueden producir.

⁹ Los grupos de trastornos descritos en el DSM-5 son los siguientes: 1. Trastornos del neurodesarrollo. 2. Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. 3. Trastorno bipolar y trastornos relacionados. 4. Trastornos depresivos. 5. Trastornos de ansiedad. 6. Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados. 7. Trauma y otros trastornos relacionados con factores de estrés. 8. Trastornos disociativos. 9. Trastorno por síntomas somáticos y trastornos relacionados. 10. Trastornos de la alimentación. 11. Trastornos del sueño-vigilia. 12. Disfunciones sexuales. 13. Disforia de género. 14. Trastornos del control de impulsos y conductas disruptivas. 15. Trastornos por uso de sustancias y trastornos adictivos. 16. Trastornos neurocognitivos. 17. Trastornos parafilicos. 18. Trastornos de personalidad.

realmente cierto? ¿Somos normales o estamos normalizados? ¿Podría la racionalidad trastornarse? ¿Estaríamos ante un problema innato o inducido?

Los términos racionalidad y razón han sido objeto de conceptualización y debate a lo largo de toda la historia del pensamiento. De forma muy telegráfica cabe decir que la racionalidad consiste en el uso de la razón, “la comprobación directa y personal de lo que se enuncia, o la disposición a adoptar los medios que permitan tener una suficiente evidencia”¹⁰. La razón es “el principio de explicación de las realidades”¹¹.

Ambas palabras, que se utilizarán indistintamente¹², poseen un denominador común, su substrato es la realidad. Esto tiene una relación directa con la psicopatología, pues los principales trastornos mentales suponen una percepción distorsionada entre el sujeto y la realidad.

En el caso del neurótico, la conoce pero no la acepta y construye sobre ella su propia fantasía¹³. El psicótico, en cambio, rompe con la realidad (en términos psicoanalíticos la forcluye¹⁴).

Esa pudiera ser la primera aproximación entre dos vocablos que nos parecían antitéticos, racionalidad y locura, pero que tal vez sean dos perspectivas de lo mismo.

De hecho, gran parte de los trastornos y conflictos mentales, individuales, interpersonales o colectivos, se producen por (o conllevan) una alteración, desajuste o déficit de racionalidad.

El cuestionamiento de la racionalidad y de la razón ha sido estudiado por distintos autores.

Ya Ortega apuntó serias dudas sobre la plena racionalidad humana:

“Decir que el hombre es racional y libre me parece una expresión muy próxima a ser falsa. Porque, en efecto, poseemos razón y libertad; pero ambas potencias forman sólo una tenue película que envuelve el volumen de nuestro ser, cuyo interior ni es racional ni es libre”¹⁵.

Morales Domínguez, desde la psicología social, apunta, a partir de la teoría de la elección racional, que la racionalidad viene a ser el ajuste entre la conducta realizada y la (que sería) más eficaz para conseguir ese objetivo¹⁶, sin embargo, matiza que “la teoría de la elección

¹⁰ Ferrater Mora, J. (1979), *Diccionario de filosofía*, Vol. IV. Madrid: Ed. Alianza, p. 2759.

¹¹ *Ibidem*, p. 2775.

¹² Aún cuando la existencia de la razón parece previa a la racionalidad, pues esta implicaría el desarrollo de aquella.

¹³ Neurosis: confundir fantasía con realidad y deseos con hechos.

¹⁴ Psicosis: negación de la realidad y construcción delirante.

¹⁵ Ortega Y Gasset, J. (1941), *Estudios sobre el amor*. Obras completas, Vol. V. Madrid: Ed. Revista de Occidente, p. 606.

¹⁶ Morales Domínguez, J. F. (2007), *Psicología y racionalidad*. Madrid: Ed. Real Academia de Doctores de España, p. 7.

racional suele estar muy distanciada de la conducta concreta que realizan las personas”¹⁷, y concluye señalando:

“El enfoque que se presenta a sí mismo como “racional” y como representante exclusivo de la racionalidad humana resulta excesivamente estrecho para dar cuenta de la conducta humana social”¹⁸.

Parece, por tanto, inadecuado entender la racionalidad en el “todo o nada” del pensamiento dicotómico o dualista (bien/mal, blanco/negro), y que según Rubia “analiza el mundo en términos antitéticos (...) manera de pensar característica del fanatismo”¹⁹, pues ni la razón ni la normalidad son conceptos absolutos²⁰. En tal sentido, desde la posición psiquiátrica, Alonso-Fernández señaló que “el hombre sano oscila entre la reflexión o el ensimismamiento y la alienación o la alteración”²¹.

Castilla del Pino subraya más la condición de lo irracional:

“El hombre que hay es, en su mayoría, no solo un ser razonable, sino también irrazonable. Lo que en el hombre figura como racional es solo una mínima parte de su estructura. Por otro lado, lo racional no es algo que pueda uno acoger como ahí-dado. Lo racional en el hombre es obtenido, es “resultado”, alcanzado en pugna con él mismo con su irracionalidad”²².

El filósofo Ferrater Mora alude a una “locura racional”:

“Es posible que la titulada “razón” pueda convertirse en un instrumento para disimular propósitos poco racionales. Es también posible que, en nombre de la razón, se proceda a eliminar buena porción de cosas y actividades que reclaman ser atendidas, por ejemplo, la locura o, en todo caso, el carácter problemático de la división entre “el discurso de la locura” y el “discurso” considerado “sensato”²³.

Se refiere aquí Ferrater a la relación entre locura y normalidad estudiada, entre otros, por Foucault²⁴ y por el antipsiquiatra Cooper²⁵, que intentan responder a la compleja cuestión de ¿qué es la normalidad y cuál es la frontera trastorno/normalidad? Por razones de espacio no podemos abordar ese tema en estas reflexiones. Pero, a este respecto, no quiero obviar una cita de López-Ibor donde señala que “la esquizofrenia es una enfermedad porque lo

¹⁷ *Ibidem*, p. 9.

¹⁸ *Ibidem*, p. 25.

¹⁹ Rubia, F. J. (2019), *El pensamiento dualista*. Pamplona: Ed. Laetoli, p. 11. Este texto considera al pensamiento binario como el estadio más primitivo de pensamiento racional.

²⁰ La razón nos permite entrever más que conocer absolutamente.

²¹ Alonso-Fernández, F. (1968), *Fundamentos de la psiquiatría actual*. Vol. II. Madrid: Ed. Paz Montalvo, p. 424.

²² Castilla del Pino, C. Ob. cit., p. 23.

²³ Ferrater Mora, J. (1983), *De la materia a la razón*. Madrid: Ed. Alianza, p. 196.

²⁴ Vid. Foucault, M. (1978), *Vigilar y castigar*. Madrid: Ed. Siglo Veintiuno Editores.

²⁵ Vid. Cooper, D. (1975), *El lenguaje de la locura*. Barcelona: Ed. Ariel.

aprueba la OMS”²⁶. En relación con esto, debemos apuntar que normalidad significa ajustado a norma -RAE-. Por eso, la norma que determina la normalidad parte de quien detenta el poder (normativo de dictarla).

Se ha querido ver una posible relación entre razón y verdad, lo cual nos obliga a una reflexión sobre este último término y su relación con la psiquiatría.

Desde un punto de vista científico, la verdad o es evidente o no es verdad (verdad, “concordancia con el mundo objetivo o real”²⁷). La falsa verdad puede ser endógena, caso del paciente que ve como “real” una alucinación inexistente, o inducida desde el exterior, caso de la sugestión de masas.

En general la verdad tiende a imponerse siempre, sea realmente cierta o no. Aquí puede entrar en juego el poder, pues quien lo ostenta tiene más posibilidades de imponer “su” verdad. En este supuesto, cabe una relación entre verdad y sometimiento.

La verdad, o su errónea interpretación subjetiva, tienen vinculación con determinados trastornos psiquiátricos²⁸, en los que el paciente considera como verdaderas algunas ideaciones que no lo son, o bien, percepciones inexistentes (alucinaciones, etc.).

El concepto de verdad es posible que esté sesgado por el prestigio o credibilidad de la fuente (en general, para un niño todo lo dicho por sus progenitores es verdad), pero también por los personales recuerdos encubridores asociados a emociones límbicas, o deteriorados por el transcurso del tiempo (falsa memoria), etc. Por eso, la verdad puede no ser un concepto siempre cierto, o ser cuestionable, o rebatible desde otro punto de vista que se considere también verdadero (perspectivismo). Es decir, la verdad puede serlo o no, aunque se anuncie como verdad.

En ciencia, la verdad, que se inicia desde lo conjetural, es una “aspiración probabilística” que debe tener la posibilidad de impermanencia, de futura refutabilidad (falsacionismo popperiano) y de una transformación dialéctica, pues cualquier nuevo pensamiento (conocimiento, experiencia vital) resignifica (cambia, modifica, remueve) y reestructura los anteriores.

“Todo esto hace que hoy ya no se hable tanto de teorías verdaderas, sino de teorías bien fundamentadas, teorías coherentes, teorías sólidas... Frente a los realistas, que afirman que es posible descubrir científicamente la verdad del mundo, los antirrealistas dicen que eso no es entender el papel de la ciencia en la actualidad. Hoy el realismo moderado asume la verdad meramente como *tendencia*”²⁹.

²⁶ López-Ibor, sesión clínica en el Hospital San Carlos, miércoles 25 de enero de 2012.

²⁷ Freud, S. (2004), *35 Conferencia*. Obras completas, Vol. XXII. Buenos Aires: Ed. Amorrortu, p. 157.

²⁸ “La verdad de los síntomas neuróticos, dice Lacan, es tener la verdad como causa”. Chemama, R. y Vanderersch, B. (2004), *Diccionario del psicoanálisis*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu, p. 690.

²⁹ Martorell, J. M. y Prieto, J. L. (2005), *Fundamentos de psicología*. Madrid: Ed. Centro de Estudios Ramón Areces, p. 56.

López-Ibor aborda el problema de la verdad en psiquiatría en un discurso pronunciado en la RANM. Su tesis es la siguiente: la verdad no es unívoca sino distinta según las culturas, es un proceso no un estado y no puede imponerse sino alcanzarse con el otro desde la tolerancia.

Esas ideas se desglosan en seis citas que son la mejor conclusión a este respecto.

“El problema de la verdad está en el centro de la patología psiquiátrica”.

“Es necesario considerar la verdad como un proceso y no como un estado y tener en cuenta las aportaciones de la filosofía, de las ciencias y del psicoanálisis”.

“La verdad no es algo que pueda imponerse, se trata de alcanzarla con el otro. El proceso de acercarse a la verdad está marcado por una actitud ética de tolerancia”.

“La falsedad de una idea es relativa y accesoria y juega en ella la falta de información”.

“La verdad no es un concepto unívoco. Además, la verdad es distinta en distintas culturas”.

“El delirio se impone como certeza absoluta”³⁰.

Vamos a referirnos a continuación a las posibles causas y síntomas de la *dementia rationalis*.

La *dementia rationalis* puede estar producida por razones individuales o sociales. Examinemos seguidamente las *causas individuales*.

La complejidad de nuestro sistema nervioso central deviene de la existencia de distintas estructuras en comunicación y, de forma ocasional, en desajuste (Ej. crisis comicial).

McLean acuñó la expresión cerebro trino (a veces se escribe más descriptivamente “triuno”) para dar cuenta de las tres fases de la evolución en la que se configura el encéfalo. En primer lugar está nuestro viejo cerebro “reptiliano” o instintivo, integrado por el cerebelo que controla fundamentalmente el movimiento y el equilibrio. En segundo lugar, en la zona medial de la cabeza, el cerebro “emocional” formado por el sistema límbico y donde juega un papel muy importante la amígdala que regula las emociones (afectividad/agresividad). Finalmente, en el área superior, está el cerebro “racional” constituido por el neo córtex. Evidentemente estas estructuras están interconectadas por “autopistas” de información neuronal dando lugar a la denominada conectómica. Aparte de esto, “en el cerebro hay doce regiones o nodos (elementos dominantes del sistema), seis en cada hemisferio, fuertemente interconectados, son precuneus, corteza parietal superior, la frontal superior, el hipocampo, el putamen y el tálamo”³¹.

Otra descripción hace referencia a los lóbulos (frontal, parietal, temporal y occipital) cada uno con distintas funciones y áreas de control, por ejemplo una lesión vascular o traumática

³⁰ López-Ibor Aliño, J. J. (2000), *El problema de la verdad en psiquiatría*. Madrid. Anales de la RANM, tomo CXVII, cuaderno tercero, páginas respectivas a las citas: 675, 673, 674, 676, 679, 676.

³¹ López-Ibor Aliño, J. J. (2014), *El lenguaje de la medicina su integración con otros lenguajes*. Madrid: Ed. RADE, p. 22.

en el lóbulo temporal izquierdo, en el área de Broca, puede producir afasia, pero la misma lesión en el hemisferio derecho no la produciría.

Si aceptamos a Freud, más allá del localizacionismo, hay un sistema “consciente” reflexivo ajustado al principio de la realidad; un “pre-consciente”, a modo de guardián de la frontera; y un “inconsciente”, sobredeterminado por el deseo, que busca satisfacer el principio del placer. Este “inconsciente” debe ser reprimido por el “consciente” para que el sujeto no se convierta en un perverso³².

La segunda tópica freudiana describe tres “instancias regulatorias”, “ello” “yo” y “súper yo”. Freud viene a decir que el “yo” se trastorna porque tiene que servir a “tres amos”, al “ello” (deseo), al “súper yo” (norma, autoridad) y a las incitantes demandas sociales. A este respecto, debemos señalar que las normas a las que la persona ha de someterse son uno de los factores esenciales de los conflictos mentales.

A lo anterior hay que añadir un sistema hormonal y endocrino cronológicamente variable en las distintas fases de la vida (pubertad, adolescencia, climaterio, senectud) y que afecta a la conducta.

Lo expuesto apunta a unos sistemas en comunicación, en cierto equilibrio, pero también con posibilidades de desequilibrio. La combinación de esos neuro-conflictos estructurales unidos a la carga genética y a la experiencia vital (modelos imitativos) configura personalidades, temperamentos y caracteres con importantes alteraciones.

Sostener que nuestro cerebro es un órgano perfecto, que controla siempre ofreciendo soluciones acertadas y nos conduce sabiamente a la felicidad, es una ilusión.

El sistema neurobiológico es complejísimo y puede sufrir grandes alteraciones³³ por influencias internas (endógenas) o externas (vivencias traumáticas) que logran producir patologías mentales, conductas criminales, enfermedades físicas (de origen psicosomático) e, incluso, el suicidio.

³² El problema es que si la represión es excesiva se configurará una personalidad neurótica. De ahí la difícil estabilidad entre deseo y prohibición.

³³ Inclusive durante el sueño. En tal sentido Freud se refiere a dos estados especiales de conciencia: el sueño y la psicosis. Sobre el primero, dice que “es un producto patológico, *la inofensiva psicosis del sueño*, entre una serie que incluye al síntoma histérico, la representación obsesiva y la idea delirante, pero se distingue de estos por su carácter pasajero y generarse en la vida normal”. En relación con la naturaleza de la psicosis señala: “El extrañamiento de la realidad se produce en la psicosis de dos maneras: volviéndose híper intenso lo reprimido-inconsciente hasta el punto de avasallar a lo consciente (que depende de la realidad), o bien porque la realidad se hace tan insoportablemente penosa que el yo amenazado, en una rebelión desesperada, se arroja en brazos de lo pulsional inconsciente”. Freud (1932), *29 Conferencia, Revisión de la doctrina de los sueños*. Obras Completas, Vol. XXII. Buenos Aires: Ed. Amorrortu, p. 15. Para Freud los sueños son “simbólicos”, están velados por los mecanismos de condensación, desplazamiento, transformación en lo contrario, elaboración secundaria y figurabilidad. Sin embargo, también hay sueños de los que somos conscientes, cuyo contenido es claro y puede aportarnos un dato o una idea concreta que buscamos o que nos preocupa en una actividad intelectual, o bien, la solución de un problema. Se diferencia del “sueño lúcido” en que el soñante no lo dirige, y cuando aflora el dato el sujeto tiende a despertarse y lo recuerda. Todo eso parece demostrar que puede activarse la “memoria de trabajo” incluso durante el sueño. Tal fenómeno, que es bastante común en el investigador, lo hemos denominado *sueño de trabajo*.

Todo ello y mucho más, configura un órgano imperfecto anatómica y funcionalmente, el cerebro, que da origen a la conciencia de uno mismo (conciencia de vida pero también de muerte), conciencia esta que lleva a la razón-racionalidad³⁴.

El gran trastorno que nos caracteriza como especie única, hasta donde hoy sabemos, es la conciencia del deterioro, de la enfermedad, de la muerte propia y la de los seres queridos:

“La muerte de seres amados y odiados. De ese conflicto sentimental fue del que nació la Psicología” -Freud-³⁵.

Eso configura un cambio singularísimo en relación con las otras especies vivas³⁶. Un rompimiento estructural, una perversión de la racionalidad, una enfermedad basal, desde luego incurable, que influye en todas las demás. Se denomina *terror mortis*.

Desde que tomamos conciencia de la muerte, la razón³⁷ es conflictiva y está dañada. Claro que produce efímeros destellos luminosos (la música clásica, la cultura, el arte...³⁸), pero también hechos horribles, las guerras, el hambre, la pobreza extrema, la tortura, el fanatismo, la culpa, la condena, el sometimiento al poder, la esclavitud, la vida indigna, incluso la irracionalidad.

La *dementia rationalis* es un trastorno con causas sociales (como veremos a continuación) pero también con un origen individual y personal fruto de la conciencia humana: el miedo anticipatorio ante la muerte. La conciencia posibilita saber que somos mortales³⁹ y ese conocimiento genera angustia, radical de la condición humana⁴⁰, y al mismo tiempo es fuente de un trastorno exclusivo, vinculado a la conciencia-razón, que hemos denominado *dementia rationalis*. En suma, *la dementia rationalis* es, en gran medida, consecuencia *del terror mortis*.

³⁴ La conciencia es innata; sin embargo, *la racionalidad*, sobre una base evidentemente neurofisiológica, parece ser en parte “adquirida”, pues *requiere ser cultivada para su desarrollo y progresión*. De ahí los distintos grados existentes entre irracionalidad reactiva (regla) y racionalidad reflexiva (excepción). Por ese motivo, la racionalidad no es idéntica en todos, y en determinados casos es muy limitada. En la clásica definición de hombre como “animal racional”, los componentes animales subyacentes, automatismos instintivos, impulsividad, dualismo simplificador, reactividad, agresividad, etc., son cuantitativos sobre los racionales (que son cualitativos), reflexión, valoración sistémica de lo complejo, análisis intelectual, etc.

³⁵ Freud (1915), *Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte*. Madrid: Ed. Alianza, p. 122.

³⁶ La *dementia rationalis*, además, se ve favorecida e impulsada por la *evolución contraselectiva* propia y característica de nuestra especie (supervivencia o mantenimiento de conductas desadaptativas, como la irracionalidad, que en una situación de selección natural deberían tender a extinguirse).

³⁷ “La razón es un desasosiego por no aceptar lo que nos es dado. Y sobre todo por no creer inmutables y definitivas ideas que creíamos válidas. Por eso la razón es un gesto de desconfianza en lo que confiábamos. Razonar es revisar siempre lo alcanzado. No descansar nunca en la meta lograda, porque hay innumerables metas imprevisibles que nos aguardan”. Rocamora Valls, P. (1980), *Hombres e ideas del 98*. Madrid: Ed. Consejo Superior de Investigaciones Científicas, p. 220.

³⁸ Incluso estas creaciones pueden producirse desde *estados no ordinarios de conciencia* (ENOC).

³⁹ “Ser consciente de la propia vida es, pues, serlo también de su fin. Ser consciente del propio fin es la última función de la conciencia”. Pinillos, J. L. (1983), *Las funciones de la conciencia*. Madrid: Ed. RACMYP, p. 126.

⁴⁰ “De todos los sentimientos el que predomina en el ámbito clínico es la angustia, un radical básico de la condición humana”. López-Ibor Aliño, J. J. (2014), *El lenguaje de la medicina su integración con otros lenguajes*. Madrid: Ed. RADE, p. 16.

En cuanto a sus *causas sociales*, la *dementia rationalis* parece ser un trastorno con fuertes componentes psicosociales pues puede partir del contexto social y afectar a gran parte de la población.

Sus síntomas son, entre otros, todos los que no se ajustan a la *ratio*, por ejemplo, aquellas conductas contra la supervivencia individual (auto/exo agresión) o colectiva, comportamientos antisociales o atentatorios contra la dignidad del hombre. Pero la forma más patente de demencia colectiva se produce cuando se sustituye la fuerza de la razón por la “razón” de la fuerza, es decir, la guerra en todas sus facetas y manifestaciones (convencional, atómica, química y bacteriológica, etc.).

Como en cualquier trastorno, en la *dementia rationalis* hay factores predisponentes, precipitantes y protectores. Los principales predisponentes son la pobreza, la ignorancia y el fanatismo. Sus antídotos, que actuarán como protectores, la seguridad económica, la educación, la estabilidad social, así como la adaptabilidad y flexibilidad personales.

Otro factor predisponente es el fomento de conductas-respuesta agresivas ante posibles situaciones de conflicto. Este tipo de reacción es más frecuente en aquellos que están expuestos a modelos agresivos recompensados (familiares, sociales o audiovisuales). A este respecto es referencia obligada el trabajo “Implicaciones de estudios de laboratorio sobre la agresión, para el control-regulación de la violencia” de Bandura y Walters (1966). En él se viene a demostrar que las respuestas agresivas de un grupo experimental de niños, tras la exposición televisiva a un film violento, eran sensiblemente superiores que ante la visualización de una película neutra⁴¹.

Toda pedagogía de mediación y dialogo, desde la enseñanza primaria, deberá favorecer la solución no violenta de los conflictos y hacer entender a los niños, y también a los adultos, que las discrepancias se resuelven contando cabezas, no cortándolas.

En relación con esto, hay otro estudio clásico que es la “Teoría frustración/agresión” de Dollar y colaboradores (1939), quien plantea, como explicación general sobre los orígenes de la agresión, la existencia de una frustración previa. Esta tesis se ha extendido también a la sociología política (por Ivo y Rosalind Feierabend, 1966) quienes sostienen que mientras más altos sean los niveles de frustración, mayor será la inestabilidad política. Los países estables son aquellos que experimentan la menor frustración sistemática. A partir de estos análisis se sugiere que una razón de la mayor estabilidad de algunos países radica en su mejor disposición para satisfacer las demandas de sus ciudadanos.

Recapitulando, la sociedad se vuelve más psicopatogénica cuando hay hambrunas⁴² y guerras (las dos grandes secuelas de la animalidad e irracionalidad humanas aún

⁴¹ Vid. Megargee, E. y Hokanson, J. (1976), *Dinámica de la agresión*. México: Ed. Trillas.

⁴² En nuestro planeta, cada día mueren de hambre unas 40.000 personas, cerca de quinientos millones tienen problemas de acceso al agua, el Estado de Bienestar afecta solo al 20% de la humanidad y 85 individuos tienen más que 3.500 millones de seres humanos (Vid. *Informe sobre la riqueza* de Oxfam Intermón, 2014). Según estimaciones de la FAO con 80.000 millones de dólares por año se acabaría con el hambre; el mundo gasta más de dos billones de dólares anualmente en armas y gastos militares...

subyacentes), cuando hay pobreza, frustración, escasa participación en la toma de decisiones, e inestabilidad social y política. Los anteriores elementos predisponentes pueden activarse cuando se incrementan los factores económicos y psicosociales precipitantes, es decir, al asociarse pobreza/delito y frustración/agresión.

A partir de ahí aparecerán los síntomas psicosociales de la *dementia rationalis*.

Dichos síntomas son: el aumento de los índices de desempleo⁴³, suicidio⁴⁴, población reclusa⁴⁵ y alteraciones mentales⁴⁶. Todos ellos han experimentado, en los últimos años, un aumento y, además, parecen correlacionar y tener raíces socio-económicas.

La causa más significativa es sistémica y requiere un cambio estructural: no admitir que el fin⁴⁷ justifica los medios⁴⁸ y, por tanto, situar la economía al servicio del hombre y no al hombre al servicio de la economía⁴⁹.

Tras todo lo expuesto, se constata que hay una revisión crítica del concepto de racionalidad desde la filosofía, el psicoanálisis, la psicología social, la psiquiatría, la antipsiquiatría y la neurociencia.

En mi obra sostuve que las psicopatologías implican, en mayor o menor medida, una alteración de la conciencia y que la “locura” es el “peaje evolutivo” que pagamos por la conciencia.

⁴³ A este respecto debemos recordar que el consumo de antidepresivos se ha triplicado en los últimos diez años en nuestro país, según datos de la Agencia Española del Medicamento (fuente: página Web del Ministerio de Sanidad, mayo, 2016).

⁴⁴ Estudios solventes (Nordt, C. *Lancet*, febrero 2015) prueban un incremento aproximado del 30% en el riesgo de suicidio asociado al desempleo, señalándose que uno de cada cinco suicidios tiene relación con el desempleo. Para la española Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio, el primer factor de riesgo social del suicidio es el desempleo (ver: www.redaipis.org). En España el número de suicidios, que es la primera causa de defunción no natural por encima de los accidentes de tráfico, se ha incrementado por tercer año consecutivo; en 2010 se quitaron la vida 3158 personas, en 2013 un 22% más, es decir, 3870 personas, lo que constituye la mayor cifra de los últimos 25 años. Como promedio 10 personas se suicidan cada día en España, y junio es el mes de mayor incidencia autolítica (fuente: INE, febrero de 2015).

⁴⁵ Sobre el incremento de la población reclusa en nuestro país, debe haber una relación causa-efecto en que tanto el índice de desempleo como el número reclusos en España estén entre los más altos de Europa occidental.

⁴⁶ Se ha detectado un repunte de la depresión vinculado al paro (ver: www.fpsm.org). En su número de mayo de 2016 la prestigiosa revista *Lancet* publica una investigación realizada por científicos de las Universidades de Harvard, de Oxford y del Colegio Imperial de Londres en la que utiliza datos de 70 países y 200 millones de habitantes tomados de la Organización Mundial de la Salud para el periodo 2008-2010. Ese trabajo pone de manifiesto que, en los países de la OCDE, la crisis económica, el desempleo y el gasto público en salud (cuando disminuye la cobertura sanitaria) están significativamente asociados al incremento de la mortalidad por cáncer.

⁴⁷ La obtención del máximo beneficio con el mínimo coste.

⁴⁸ Reducir el salario/hora, incrementar la duración de la jornada laboral, alargar y dificultar la jubilación normal fijando un periodo de cotización de imposible cumplimiento, dismantelar el Estado de bienestar, y que la población se dedique únicamente a producir y consumir.

⁴⁹ José Luis Pinillos (entrevista póstuma en el programa de Canal plus titulado “Epílogo”, emitido el 5-11-2013) acuña la expresión “razón mercenaria” para referirse a la razón basada en el “cálculo mercantil” y orientada al “interés utilitario”: “La razón moderna ha ido por el camino del cálculo y del interés utilitario, y eso no es la razón, es un aspecto secundario, instrumental, subordinado de la razón. Es una razón mercenaria al servicio de intereses bastardos”.

Por tanto, la aparición filogenética de la conciencia conlleva también la de los distintos trastornos mentales⁵⁰ a ella asociados. Además, la conciencia es cambiante en función de los múltiples estados excepcionales de conciencia⁵¹.

Como la existencia de la razón es consecuencia de la conciencia (sin la previa función conciencia no es posible la razón), la razón hereda de la conciencia su alteración psicopatogénica constitutiva original⁵².

En conclusión, funciones cerebrales esenciales, como la conciencia y la razón, pueden desajustarse y dar origen a distintas patologías mentales. Es decir, hay una *razón trastornada*⁵³ que denominamos *dementia rationalis*⁵⁴.

⁵⁰ Tanto en humanos como en algunos primates superiores. Sobre la relación conciencia-trastorno, resulta muy interesante comprobar que en la mayoría de los animales puede haber reacciones instintivas de ataque, de huida o de inhibición, también pueden tener estrés o miedo, pero no debemos confundir esas manifestaciones conductuales con los trastornos mentales que son propios y característicos de nuestra especie, y que a mi juicio se producen por la existencia previa de la conciencia. Sin embargo, en los primates superiores, que superan el test de autorreconocimiento frente a un espejo de Gordon Gallup y por tanto parecen tener alguna forma de conciencia (véase *Declaración de Cambridge sobre la Conciencia* de 7 de julio de 2012), sí observamos conductas como miedo anticipatorio, ataques injustificados de pánico colectivo símil paranoides, conductas ritualizadas, repetitivas, crisis de ansiedad y trastornos de conversión con síntomas motrices parecidos a la histeria, todas ellas podrían valorarse como manifestaciones paleo-psicopatológicas. Creemos que eso es debido a su característica diferencial con otras especies "inferiores", pues tales primates por tener una forma de conciencia pueden tener trastornos mentales propios de su nivel de desarrollo cerebral. Por tanto, *algunos primates, precisamente porque tienen conciencia, tienen trastornos mentales.*

⁵¹ Vid. Rocamora García-Valls, P. (2016), *Conciencia y psiquismo*. Barcelona: Ed. Icaria, p. 22 a 30.

⁵² El proceso es el siguiente: NATURALEZA-CEREBRO > CONCIENCIA (autorreconocimiento, culpa y *terror mortis: versus* angustia y trastornos mentales) > RAZÓN (limitada, falible, vulnerable y alterable) > DEMENTIA RATIONALIS.

⁵³ No siempre estrictamente racional, desestabilizada. Debemos recordar que la irracionalidad es el origen filogenético y ontogenético de la razón, y continúa presente en gran parte de las enfermedades mentales.

⁵⁴ Trastorno estructural, basal o causal, cuyas manifestaciones clínicas individuales (consecuencia de factores psicosociales o internos que perturban la razón) constituyen las distintas psicopatologías descritas en el DSM 5 y en la CIE 10. Por eso nadie debiera arrogarse la sabiduría, la cordura, la normalidad o la racionalidad absolutas y permanentes. Todo lo más, algún efímero instante pseudo-lúcido en un continuo y subyacente conflicto psico-estructural de *irracionalidad ontológica*.