



SISO SAÚDE

Nº 58-59 · Inverno 2016

BOLETÍN DA ASOCIACIÓN GALEGA
DE SAÚDE MENTAL - AEN

siso.saude@agsm-aen.org

secretaria@agsm-aen.org

<http://www.agsm-aen.org>

IMAXE DE PORTADA:

Salar de Uyuni
(Altiplano Boliviano)

Autor: Roberto Bastias (2016)

Febreiro 2016

PRODUCCIÓN EDITORIAL:

Edicións Positivas

Dep. legal: ISSN: 1130-1538

PRESIDENTE: Ramón Area Carracedo

VICEPRESIDENTA: Irene Martínez Montero

SECRETARIO: David Simón Lorda

TESOUREIRO: Raimundo Mateos Álvarez

VOGAIS:

Carmen Armas Barbazán

José Antón Casais Lestón

M^a Alcira Cibeira Vázquez

Chus Gómez Rodríguez

Federico Menéndez Osorio

Ramón Ramos Ríos

Luis Rodríguez Carmona

María José Ramil Fraga

COMITÉ DE PUBLICACIÓNS:

DIRECTORA: Chus Gómez Rodríguez

VOGAIS:

Santiago Lamas Crego

Ramón Area Carracedo

Alcira Cibeira Vázquez

David Simón Lorda

Rubén Touriño Cantón

COMISIÓN DE CONTROL E GARANTÍAS:

Tiburcio Angosto Saura

Fernando Márquez Gallego

RESPONSABLE DE INVESTIGACIÓN:

Raimundo Mateos Álvarez

SUMARIO

EDITORIAL

- 11 *Editorial*
Ramón Area

LA OTRA PSIQUIATRÍA

- 17 *El poder*
Presentación de las XIII Jornadas de la Otra psiquiatría
José María Álvarez
- 21 *Reencuentro con Foucault: los juegos del hambre*
Beatriz Carrasco Palomares
con la colaboración de:
Sheila Tamayo Villahoz
Antonio Rivera Hernández
Yanira d'Hiver Cantalejo
- 29 *Del poder y del tratamiento de la psicosis*
Sara García Fernández
María Jesús Leñero Navarrete
María Fernández Caballero
- 37 *Poder y sexualidad*
María del Carmen Reguilón Domínguez
María Teresa Barbero Sánchez
Doménico Nissi Da Palazzo
- 45 *Diagnosticar comportamientos,
o la degradación del saber psiquiátrico*
Luis Seguí
- 55 *¿Es la psiquiatría un discurso disciplinario?
Los problemas de la psiquiatría con el amor*
Jesús Rodríguez de Tembleque Olalla

63	<i>Lo que no podemos</i> Javier Carreño Villada
77	<i>El poder de renunciar al poder</i> Fernando Martín Aduriz
85	<i>El poder del destino. La novela familiar de los Panero</i> Segundo Manchado
95	<i>Poderes de la cura</i> M. Antonia de Miguel
105	<i>El poder de la institución y las declinaciones de la falta</i> Chus Gómez
123	<i>La histeria y el poder</i> José María Álvarez
129	<i>La Otra psiquiatría del otro lado del Atlántico</i> Carlos Noseda

ORIGINALES Y REVISIONES

137	<i>Patología dual en pacientes psiquiátricos hospitalizados</i> María Vidal Millares Rosa Ana Lamas Naveira Paloma de Usabel Guzmán Carmen Armas Barbazán María del Carmen García Mahía
151	<i>El Centro de Día del Hospital Psiquiátrico de Conxo: análisis cualitativo</i> María José Andón Fernández Ramón Ramos Ríos Carolina Bermúdez Santos María Jesús Villares González María Esperanza Sánchez Vázquez María del Carmen Seoane Taboada
167	<i>Comparativa de datos asistenciales del Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario de la Red de Salud Mental de Bizkaia, comarca de Uribe, en 2016. Ampliación del equipo</i> Beatriz Rodríguez Paz

- 177 *Programa de entrenamiento en imitación de emociones faciales en pacientes con esquizofrenia*
Carmen Armas Barbazán
Elisa Desirée Sapia Rodríguez
Alejandro Alberto García Caballero
Raimundo Mateos Álvarez
- 187 *¿Autobiografías, Patobiografías o Autopatobiografía?*
Santiago Agra Romero
- 211 *Electroterapia, medicina y psiquiatría en Galicia (España) a finales del siglo XIX y primeros años del XX*
David Simón Lorda
Xaqueline Estévez Gil
María Victoria Rodríguez Noguera
Mónica Minoschka Moreira Martínez
Tatiana Bustos Cardona
- 235 *Acumulación en el hogar: síntoma, significativo y modo de proceder*
Luís Rodríguez Carmona

A PROPÓSITO DE...

- 263 *INNOVALAN: Siete años trabajando por el empleo para las personas con Enfermedad Mental Grave (EMG)*
Mikel Zarate Soloeta
- 271 *La psicopatología comunitaria*
Ramón Area Carracedo
Ramón Ramos Ríos
Carmen Armas Barbazán
- 287 *Rosalía e a psiquiatría galega (Espazo Conxo)*
Emilio González Fernández
- 293 *El Dr. Joseph Durand De Gros y el caso del hombre lobo blanco Romasanta (1853). ¿Un “braidista” en la corte de Isabel II?*
David Simón Lorda
Xaqueline Estévez Gil
María Victoria Rodríguez Noguera
Mónica Minoschka Moreira Martínez

307	<i>Las flechas inconscientes de Cupido</i> Beatriz Carrasco Palomares
321	<i>Consideraciones acerca de la transferencia</i> Sara García Fernández
333	<i>Tras la pista de Lacan... Sainte-Anne</i> Isabel Reyes de Uribe-Zorita
339	<i>Mi historia del psicoanálisis en Galicia</i> Antonio Lage Tesouro
355	<i>Espacios para la reclusión</i> Luis Rodríguez Carmona
361	<i>Hospital psiquiátrico de Toén. El lenguaje de la mímica</i> Antonio Armada Álvarez

II XORNADAS AGSM-AEN “AS DECLINACIÓNS DA LOUCURA”

383	<i>Presentación - Apertura</i> Eloina Núñez Masid Ramón Area Carracedo
391	<i>Tiempo, subjetividad y vivencia</i> Adrián Gramary
401	<i>O suxeito na temporalidade psiquiátrica</i> Ramón Area Carracedo
415	<i>El tiempo de la psicosis ordinaria</i> Manuel Fernández Blanco
429	<i>Decisiones judiciales y salud mental: ¿quién decide?</i> Luis Seguí Sentagne
439	<i>Legalidad física y ciencia delirante</i> Javier Peteiro Cartelle
449	<i>Sujeto, narrativa y psicoanálisis</i> Antón Casais Lestón Chus Gómez Rodríguez Alcira Cibeira Vázquez

- 469 *La dieta y el antibiótico*
Rubén Touriño Cantón
- 479 *“El niño del tenedor”. A propósito de un caso*
Lourdes Cuello Hormigo

OS EVENTOS CONSUETUDINARIOS QUE ACONTECEN NA RÚA

- 491 *O Neolítico non estaba tan lonxe: Vivir Vilamarín*
Ar Salgada
- 495 *Whitaker en Compostela: “Repensando la psiquiatría: historia,
ciencia y el efecto a largo plazo de la medicación psiquiátrica”*
Vanessa Vilas-Riotorto
Gonzalo Martínez Sande

LIBROS

- 541 *INSTRUMENTAL. Memorias de música, medicina y locura.*
James Rhodes. Blankie Books. 2015
S.L.C.
- 549 *DRINKING IN AMERICA: our secret history*
Susan Cheever. Twelve. 2015
S.L.C.
- 565 *A SCIENTIST IN WONDERLAND: a memoir of searching
for truth and finding trouble*
Edzar Ernst. Imprint-academic.com. 2015
S.L.C.
- 575 *WEEPING BRITANNIA. Portrait of a nation in tears*
Thomas Dixon. Oxford University Press. 2015
S.L.C.
- 589 *PATIENT H.M. A story of memory, madness, and family secrets*
Luke Dittrich. Random House. 2016
S.L.C.

- 601 *EAVESDROPPING. An intimate history*
John L. Locke. Oxford University Press. 2010
S.L.C.
- 609 *A CIELO ABIERTO. Un documental de Mariana Otero.* 2013
Rubén Touriño
- 613 *LA PRÁCTICA LACANIANA EN INSTITUCIONES I*
Otra manera de trabajar con niños y jóvenes.
Daniel Roy, Bruno de Halleux, Bernard Seynhaeve, Philippe Lacadée
Wilma Cocoz (compiladora) Grama Ediciones. 2014. 234 págs.
Rubén Touriño
- 619 *¿QUÉ QUEDA DEL PADRE? La paternidad en la época hipermoderna*
Massimo Recalcati. Xoroi Ediciones. 2015. 126 págs.
Ricardo Fandiño Pascual
- 625 *Psicofármacos que matan y denegación organizada*
Peter C. Gotszche. Libros del Lince. 2015. 424 págs.
Javier Carreño Villada
- 627 *Acompañamiento terapéutico y clínica de lo cotidiano*
Leonel Dozza de Mendoça. Letra Viva. 2104. 254 págs.
Ramón Ramos Ríos
- 633 *PSICOPATOLOGÍA DEL PODER*
Un ensayo sobre la perversión y la corrupción
Jorge L. Tizón. Herder Editorial. 2015. 244 págs.
Jessyca Treviño
- 637 *LAS VOCES DE LA LOCURA*
José María Álvarez, Fernando Colina.
Xoroi Ediciones. Barcelona. 2016. 220 págs.
Carlos Rey

647

NORMAS DE PUBLICACIÓN

1. Non é doado discriminar unha *fin de época*. O intre, no social, de cambio, de aceleración, de creba, de desmoronamento ou de creación, da aparición do novo e superación do vello.

Hegel entendeu a historia como unha dialéctica eterna, onde o cambio é consustancial ao mundo ao través dunha sucesión de teses, antiteses e sínteses. Malia seren calificado como un idealista (contraposto ao materialismo dialéctico de Marx) eu sempre o vin moi xélido, como un esquema onde as persoas e os feitos teñen pouco que dicir, arrastrados por ese pulo universal cara ao enfrontamento dos opostos e á emerxencia do novo.

Quizais a fin de época exemplar, no meu imaxinario, correspóndese á Viena do *alegre apocalipse* (como lle chamou Hermann Broch) naqueles anos finais da monarquía dos Habsburgo. A Austria-Hungría de principios do século XX era cosmopolita, ilustrada, individualista, postromántica e cun tradicionalismo tinguido dunha extraña modernidade. Após a súa desaparición, o escritor Joseph Roth lembrou (precisamente) o mundo pluricultural do Imperio e lamentouse da emerxencia dunha nova obsesión en Europa por acadar a plena coincidencia entre as fronteiras culturais e políticas.

Este tipo de nostalxias foron moi comúns ao rematar a Primeira guerra mundial onde desapareceu por enteiro aquel mundo. Non obstante, a partir do comezo do século XX xa existía entre os vieneses unha certa conciencia de *excepcionalidade* histórica. Nos xornais, na literatura, nas tertulias... falábase do “baleiro da nosa época”, do “desconcerto perante o cambio de século”, dos ideais da Ilustración en colisión co nacionalismo e o romanticismo, da desconfianza fronte ao “home civilizado”, do debate entre cultura e civilización, do antagonismo –segundo Robert Musil– entre a actitude racional e os partidarios dunha mentalidade espiritual.

Nos textos desa intelectualidade centroeuropea, un sempre ten a sensación de que os autores, calquera deles, están a desexarlle unha *boa fin de mundo* aos seus lectores.

2. A historia oficial contou un fin de época chamada transición onde, dende o franquismo, instalouse a democracia. A psiquiatría tivo tamén a súa transición encadrada na historia da asistencia á saúde mental pero tamén situada especificamente no proceso político do país. Así, a reforma psiquiátrica ten polo menos estes dous referentes: un propio do oficio e outro situado no contexto social dunha determinada época.

Durante estes anos a historia da saúde mental pretendeu dar por pechada a cuestión das incertidumes, das complexidades e das tensións no oficio ata finiquitar todas as fins de épocas posíbeis baixo un novo imperio tan seguro (en aparencia) como o dos Hasburgo: o cientificismo e o xerencialismo.

O *imperio* permitiu agochar as inseguridades inherentes ao trato co sufrimento mental construíndo unha utopía onde o *descobremento* e a *eficacia* delimitaban o novo horizonte cara o que era obrigado camiñar. En certo xeito, foi tamén un idealismo dialéctico que transformaba as contradicións e as imperfeccións nalgo inherente á evolución histórica da teoría dominante. As dúbidas e matizacións deixáronse ao marxe (ou na marxinalidade teórica) mentres a tendencia foi a falla dun pensamento crítico, a preferencia no debate pola quietude e a superficialidade e, con carácter xeral, a aceptación da orde establecida nunha sumisión chamativa.

En xeral, unha grande parte dos profesionais non se consideraron durante décadas parte da sociedade senón técnicos nun saber obxectivo (e preto da completitude) adicado ao alivio da enfermidade ao través das súas praxes.

Houbo tamén unha diminución da capacidade de análise social, polo xeral circunscrito ao minoritario nunha psiquiatría que procurou fuxir das indeterminacións e das ideoloxías, entendendo que era algo, afortunadamente, superado. Como calquera outra disciplina científica entregouse ao formato de artigo, con palabras claves, resumos, conclusións e factores de impacto desbotando outras formas de saber inseridas no cualitativo, no cruce de disciplinas, nas opinións que saben das súas dúbidas e nas teorías construídas dende unha imperfección da que se é consciente.

3. Vivimos nunha fin de época na que a psiquiatría garda o silencio de quen renunciou a dicir ren. Hoxendía o *malestar da cultura* propia da Viena de principios de século foi substituído polo *descontento* desta Europa desigual.

As palabras non son neutrais e se o malestar remitía á cultura, a que remite o descontento?

Coido que os profesionais temos unha certa sensación de estar a traballar a disgusto, de que algo non vai ben, de que o sistema ten gretas e que non acubilla axeitadamente ás persoas que atendemos. Expresamos as dificultades coas listas de espera e coa sobrecarga asistencial. Opinamos sobre os recortes e as complicacións para traballar transdisciplinarmente. Albiscamos as esixencias que están por fóra da nosa tarefa e unha certa caducidade do rol profesional que estivemos a ocupar. Algúns chegan por fin a amosar un certo fastío neste saber de artigos, congresos repetitivos e desconsideración da clínica. Levábamos un tempo no que só eramos sociedade cando era o intre da reivindicación laboral ou salarial pero, aos poucos, nesta precariedade xeral, insinúase a crítica a un sistema inxusto que non se rexe polo mérito ou a capacidade senón que prefire seguir na inercia do xerárquico, da construción de castes profesionais que permitan o seu mantemento *ad infinitum*, das arbitrariedades nas contratacións e nas promocións dos traballadores.

A queixa é tímida e prefire ser discreta cando non pode ser claramente maioritaria. Fuxe de posicionarse nas organizacións tradicionais e constitúe unha forma de protesta que desbota a teoría e o debate preferindo a seguridade do obvio.

Estamos, por todas estas razóns, nunha psiquiatría do descontento.

4. O malestar foi un malestar da cultura. Os individuos *estaban* mal ao entenderse como suxeitos a unha *cultura* que esmorecía nas súas contradicións irresolúbeis.

Hoxendía a xente está *descontenta*, termo que procede do mundo dos negocios. Quero dicir, antes da crise, antes da sensación inespecífica de que non estamos a gusto no traballo, antes de sentirnos profesionais inxustamente tratados, antes da era da protesta e da reivindicación, da resolución

da tensión hegeliana entre o vello e o novo ao través dunha síntese sorprendente (o seguro), antes da finiquitar o modelo comunitario, a intelectualidade do oficio, o decreto, o plan de saúde mental, a unidade de saúde mental como eixo do sistema, ... antes de todo iso, só había unha posibilidade de estar descontento: o cliente insatisfeto.

O baleirado ideolóxico do presente deixa calquera posibilidade de disidencia susceptíbel de seren asimilada polo sistema ao través das técnicas propias dos servizos de atención ao cliente. Quizais sexa esta a dialéctica contemporánea: queixa (se son todos e con cautela), atención (se hai cartos e electores potenciais), apaciguamento (se un retorna ao estado de conformismo).

Xa dixen que Hegel sempre me pareceu un tipo moi frío. Prefiro saber do meu malestar que acubillarme nun impreciso descontento.

EL PODER

XIII Jornadas de La Otra psiquiatría

Salón de actos
del Hospital Universitario
Río Hortega, Valladolid

13 y 14 de mayo de 2016



El poder Presentación de las XIII Jornadas de la Otra psiquiatría (Valladolid, 13-14 de mayo de 2016)

José María Álvarez. Psicólogo clínico
Psicoanalista ELP-AMP

Correspondencia: alienistas@me.com

Tarde o temprano, las *Jornadas de la Otra psiquiatría* tenían que ocuparse del poder. Porque la relación de la psiquiatría y el poder es consustancial.

A ojo de buen cubero, una perspectiva de esta relación nos muestra tres instantáneas:

1. Un facultativo impone su poder sobre enfermo: lo ingresa, le da el alta, informa sobre su estado mental para una jubilación o una baja, toma la palabra en un Tribunal para mostrar su dictamen, etc. Se trata *del poder del especialista sobre el enfermo*.
2. El mismo facultativo diagnostica tal o cual enfermedad mental, autorizándose en un libro de criterios diagnósticos internacionales. Basándose en esos diagnósticos, trata enfermedades mentales. Esto resulta un tanto forzado, pues los diagnósticos y las enfermedades que nosotros tratamos están más cerca de la ciencia ficción que de las ciencias de la naturaleza. En este caso, se trata *sobre el poder del saber del facultativo sobre las enfermedades y los diagnósticos*.
3. Ese facultativo del que hablamos, que tiene poder sobre el enfermo y que afirma su poder sobre un supuesto saber acerca de las enfermedades y los diagnósticos, es, depende como se mire, un títere en manos de una

ideología y un negocio, el cientificismo y capitalismo, que se sirven de él para ampliar el mercado y aumentar las ventas de medicamentos. Se trata, en este caso, *sobre el poder del capital, apoyado en la ciencia ficción, ejercido sobre el facultativo-marioneta.*

Estos aspectos indican que el poder no está polarizado en determinadas personas, instituciones, etc. Muestra también que el poder está en las relaciones, en la familia, en el trato con los próximos. Y que, cuando uno se cree con poder, en realidad, es un mero instrumento de otro poder. Hume, en el breve ensayo *Del amor y el matrimonio*, decía que el matrimonio es una forma de relación de poder. Los matices de las luchas de poder en el seno familiar y en la pareja están amplificadas en los historiales clínicos de Freud. A este respecto, es relevante el incidente dramático del Dr. Breuer con Bertha P.

Hoy día, no hay manera de hablar del poder sin tener en cuenta a Michel Foucault. Como nadie había hecho antes, él mostró que la relación de la psiquiatría y el poder es indisociable. Esta cuestión resulta innegable si se tiene en cuenta su tesis doctoral *Historia de la locura...* y el posterior curso *El poder psiquiátrico (1973-74)*. Pero esta relación tiene muchas caras, no siempre fáciles de perfilar. Foucault afirmaba: “El poder tiene que ser analizado como algo que no funciona sino en cadena. No está nunca localizado aquí o allá, no está nunca en manos de algunos. El poder funciona, se ejerce a través de una organización reticular. (...) El poder transita transversalmente, no está quieto en los individuos”. De ahí la dificultad añadida a la hora de proponer un programa para estas *Jornadas*.

Desde los análisis de Foucault, el poder se asimila a una red, a una malla entretrejida de miles de fibras. El poder se nos antoja ahora más como una microfísica que como el poder gubernativo o la soberanía que describe Hobbes con el *Leviatán*. Según propone Foucault en *La verdad y las formas jurídicas*, se trata más bien de una multiplicidad de poderes que se ejercen en la esfera social, una microfísica del poder, es decir, “una trama de poder microscópico, capilar”. Esta trama microscópica complica nuestros análisis, pero hace del poder un elemento en el que nos desenvolvemos, un medio en el que habitamos. “El poder es una capacidad y un instrumento

pero, sobre todo, es un medio en el que estamos inmersos”, escribió F. Colina en *El poder y las psicosis*, un texto publicado en 1999.

Desde este punto de vista, las relaciones de poder se extienden a todos los dominios de nuestra experiencia. Tanto es así que, como gustaba decir a Foucault, su interés no es tanto el poder sino el sujeto. Quiere esto decir que, para él, el análisis del poder es, en realidad, un modo de afrontar la cuestión del sujeto. “No es pues el poder sino el sujeto el que constituye el tema general de mis investigaciones” (*Dichos y Escritos*).

Ahora bien, qué nos interesa especialmente de esta trama, de estos múltiples planos superpuestos en los que se transmite el poder? Señalaré seis aspectos que interesan a los asistentes y están presentes en el programa que hemos elaborado.

1. Por una parte, saber que el poder se transmite transversalmente, que no está quieto, que nadie lo posee sin más. Este hecho está muy claro en la dialéctica del amo y el esclavo (*Fenomenología del espíritu*), donde Hegel pone de relieve, si lo leemos en clave de poder, cómo circula de uno a otro lado y de qué manera el esclavo posee y transmite cierto poder sobre el amo.

2. En las relaciones personales. Como recordaba antes, Hume decía que el matrimonio es una relación de poder, con lo que el poder se introduce en la intimidad y en la trastienda de la subjetividad. A poco que se lea algo de Freud sobre las relaciones humanas, se capta perfectamente esa trama de micropoderes, sus formas sutiles de desarrollarse y transmitirse, su continuo ir y venir.

3. El poder psiquiátrico. Se trata, como se ha dicho en múltiples ocasiones, de los efectos de la liberación de las cadenas (Pinel), los cuales conllevaron al encadenamiento a la psiquiatría. “Resulta imposible saber con precisión qué quería hacer Pinel cuando decidió la liberación de los alienados. Poco importa; (...) Lo que la locura gana en precisión en su perfil científico, lo pierde en vigor en la percepción concreta. (...) Cuanto más objetiva, menos cierta es. El gesto que la libera para verificarla es, al mismo tiempo, la operación que la disemina y la oculta en todas las formas concretas de la razón” (*Historia de la locura en la época clásica*).

4. El poder de la retórica científicista. Una cosa es la ciencia y otra el científicismo, es decir, la tendencia a elevar a los cielos a las ciencias positivas y al conocimiento que se adquiere a través de ellas y con sus métodos, a los que se considera los únicos válidos para llegar a la realidad de las cosas. De esa ciencia hueca que es el científicismo han surgido las enfermedades mentales, sus clasificaciones y la justificación de los tratamientos médicos y psicológicos, de los que se dicen que están basados en la evidencia. El prodigio de la retórica científicista ha conseguido que la gente lo crea y lo dé por verdadero.

5. El poder de la palabra y de la transferencia. Cuando se tiene trato con locos, lo primero que se aprende es que no hay cosa más poderosa en el tratamiento que la transferencia. La cuestión peliaguda del poder de la transferencia es saber cómo usarlo. Desde luego, con la locura el saber no es ni autoritario ni impositivo. Se trata más bien del poder de la presencia y la disponibilidad, del poder de la humildad y del poder que da el no tener miedo.

6. El poder del deseo y el deseo de poder. Como se ve, las relaciones entre el poder y el deseo son también múltiples. En *El poder y las psicosis* (1999), Colina escribió algo que merecerá nuestra reflexión estos días: “Nada de lo que el hombre piensa, siente u obra permanece ajeno al ejercicio del poder. El deseo en general nos anima y humaniza, pero sólo bajo su dimensión de poder nos concede la conformidad interior que nos identifica. La identidad es un efecto del poder”.

El programa de las *Jornadas*, del que ahora os hablarán Beatriz Carrasco y Cristina Catalina, ha tenido en cuenta estos referentes, a los que he tratado de dar, con estas palabras, un cierto orden y articulación.

Reencuentro con Foucault: los juegos del hambre

Beatriz Carrasco Palomares

con la colaboración de:

Sheila Tamayo Villahoz

Antonio Rivera Hernández

Yanira D'Hiver Cantalejo

Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica. HURH Valladolid.

Correspondencia: beatrizcarrasco9381@hotmail.com

«El discurso no es simplemente aquello que traduce las luchas o los sistemas de dominación, sino aquello por lo que, y por medio de lo cual se lucha, aquel poder del que quiere uno adueñarse»

M. Foucault

Y añadiríamos... «Dime cuánto poder ansías y para qué y te diré quién eres»

En estas Jornadas de *La Otra psiquiatría* que pretenden abordar globalmente la temática de “El Poder” es imprescindible, por lo menos para nosotros, que el pensamiento foucaultiano esté presente. Michel Foucault (filósofo, psicólogo, historiador, teórico social, militante comunista y profesor universitario) personaje poliédrico como pocos, no dejó indiferente a nadie. Generó, como muchos otros eruditos, filias y fobias pero desde luego no indiferencia. El reencuentro con Foucault es siempre el reencuentro con un clásico pero también y, aunque pueda resultar contradictorio (veremos que no tanto), es al mismo tiempo el reencuentro con un revolucionario que busca continuamente reinventar el sistema y a sí mismo. Sus postulados y razonamientos así como las reflexiones que estos nos han producido a mis compañeros y a mí serán el tema central de este escrito.

La obra de Foucault nos atrae sin remedio (no podemos escapar a su embrujo) porque nos concierne, porque nos invita a repensar y a cuestionar

nuestra relación con el saber, con el poder, con las personas con las que nos toca lidiar diariamente y sobre todo, porque nos precipita a la introspección y a poner en tela de juicio aquello que nos es más propio, la relación que uno tiene consigo mismo. Los juegos del hambre, entendida ésta como hambre de saber y por ende, hambre de poder, son los que se ponen en juego en el interior de cada uno de nosotros y en la relación que establecemos con los otros. Telas de araña formadas por hilos conscientes e inconscientes que nos gobiernan y que dirigen nuestros pasos. Autómatas en busca de un objetivo que nos ciega. Fin lamentable a alcanzar por medios maquiavélicos que no puede ser otro que el de adueñarse del poder. Los semblantes del poder son muchos pero su fin siempre es el mismo. Nos remontemos a la época que nos remontemos el hombre siempre busca lo mismo. Ansía el poder y lo que éste le reporta: la dominación y la sumisión de sus semejantes. Aunque haya excepciones, unos creen crecer empujando a otros. Los aparentemente débiles, entre ellos especialmente los locos, terminan como siempre llevándose la peor parte.

Sin embargo, Foucault, nuestro Kant postmoderno, se acerca al poder de una forma inédita. Consigue ver y enseñarnos también su vertiente positiva y constructiva. Ve en el poder un incentivador de la creatividad, un constructor de realidades y de subjetividades. Otros, no olvidamos la perspectiva hobbesiana del poder y nos parece que el anverso de la moneda, la vertiente negativa y destructiva pesa y pesa mucho. El poder reprime, subyuga, castiga y aprisiona. Construye realidades pero ata voluntades.

Para comprender el gran valor de la obra de Foucault tenemos que retrotraernos al momento histórico, social y psiquiátrico en el que nuestro pensador vivió y acercarnos a sus escritos desde ahí. Su tesis doctoral, *Historia de la locura* fue escrita en 1961 el mismo año en el que Erving Goffman publica *Asylums*, Thomas Szas nos habla del mito de la enfermedad mental y Franco Basaglia llega a Gorizia y *El poder Psiquiátrico* (el conjunto de 12 lecciones que Foucault dictó en el Colegio de Francia durante el curso 1973 - 1974) para muchos continuación de la obra anteriormente citada (aunque es mucho más que eso) surge pocos años después de que Basaglia deje constancia escrita de su paso por Gorizia en un libro con un título tan provocador como *La institución negada*, T. Laïne hable de una psiquiatría dife-

rente, Lucien Bonnafé de la psicoterapia institucional, F. Tosquelles se permita reflexionar sobre la problemática del poder en la práctica psiquiátrica y los antipsiquiatras británicos estén más encendidos que nunca. Los intelectuales inquietos como Foucault no pueden más que contagiarse por este espíritu crítico, movilizador, luchador y reivindicador que se plantea que hay otra forma de asistir al loco, que hay otra forma de hacer las cosas.

La obra de Foucault refleja la evolución y el dinamismo de su pensamiento y de sus intereses. Tras un minucioso estudio sobre la locura, se centra en las prácticas asilares y en los dispositivos psiquiátricos para finalmente dirigir su interés hacia la genealogía de la subjetividad moderna pero una trabazón firme recorre toda su obra y su vida, su plena convicción de que la experiencia (hablemos de la experiencia que hablemos incluida la locura) tiene su génesis en la historia. Aboga por la construcción histórica de la experiencia y con ello mantiene viva la posibilidad de cambio, la posibilidad de reinventarse. La historia construye por fuera y sobre todo por dentro. El pasado para Foucault nos permite entender el presente y también cambiarlo.

En su tesis Foucault nos lleva de la mano por una locura que hasta 1656 formaba parte de la comunidad, conviviendo con ella, conviviendo con el resto de experiencias pero a partir de entonces los leprosarios pasan a convertirse en centros de internamiento de todo aquel, loco o no, que no pueda justificar su modo de ganarse la vida y en 1794 Pinel funda el primer hospital psiquiátrico donde se recluye y se concentra la difusa experiencia de la locura.

El loco es contenido y alejado de la comunidad sin opción que valga. Molesta, incomoda, se le excluye y se le contiene en la institución, repudiado de la sociedad como si fuese un resto, un residuo asocial, perdiendo su estatus de ciudadano. Son estos dispositivos psiquiátricos los que pasan entonces a despertar el interés de Foucault, sobre todo el poder disciplinario ejercido en los mismos. La microfísica del poder se convierte en su objeto de estudio. En *El poder psiquiátrico* saca a la luz expresiones del nuevo discurso: la prohibición, la represión, la exclusión, la coerción, el sometimiento,... formas de violencia ejercidas en nombre de una nueva verdad, la verdad psiquiátrica.

El dispositivo psiquiátrico, como recoge Rafael Huertas en su artículo

“Foucault, treinta años después”. A propósito de *El poder psiquiátrico*, se articula en torno a tres ejes: el poder, la verdad y la subjetividad.

El poder psiquiátrico se sustenta en el principio de dispersión, aunque el psiquiatra es el sujeto actuante hay toda una disgregación en torno a los saberes y a las prácticas ejercidas en los dispositivos psiquiátricos que dan lugar a lo que Foucault denomina la microfísica del poder. Foucault también se acerca a la relación entre locura y crimen, tema sobre el que profundizará mucho más en su obra *Vigilar y castigar* (1975). Esta relación es uno de los principales cimientos sobre los que se sustenta el poder psiquiátrico en aras de la defensa social. Se equipara la maldad con la locura que nada tienen que ver.

El poder de soberanía da paso al poder disciplinario (poder propio de los asilos) donde la violencia es ejercida de otra forma, menos vistosa pero igual de terrible. Del uniforme judicial se pasa a las batas blancas, cambiando la porra por la ciencia y por el saber. Estableciéndose la siempre peligrosa relación entre el saber médico-científico y el poder. El asilo se vuelve un lugar de verdad, producto directo del sistema disciplinario donde el alienado pasa a objetivizarse, se convierte en objeto de saber. Lo poco que le queda al loco de sujeto ahora convertido en objeto es el de ser una persona agarrada, de manera que no se pueda mover, caer o escapar. La razón se opone a la sinrazón, el médico al paciente, el activo al pasivo, lo uno a lo otro. El poder psiquiátrico se sustenta en la ciencia, se sustenta en su discurso de verdad. Pero más allá de este poder del sistema está el poder del individuo y su ansia de someter al otro. Me pregunto qué poder es más mortífero... posiblemente aquel que el hombre anhela a nivel individual.

La creación de la verdad científica y su escudo como respaldo y protección trae consigo un hito imparable en la historia de la clínica: la mentalidad anatomoclínica y la corporización y terrenalización de la locura. Sus consecuencias no se hacen esperar, la locura (ahora enfermedad mental) se abordará de una forma distinta. Se abandona el tratamiento moral y se le añaden dos adjetivos más: medicalizable y crónica. La clínica de la palabra es sustituida por la clínica de la mirada y de la manipulación. La palabra del loco ya nada importa, el ojo del experto y el cerebro del alienado tienen

la respuesta a la locura. Ceder el cerebro a un habilidoso y observador cirujano es ceder la verdad de la locura. La llegada del psicoanálisis dará un poco de tranquilidad pero no toda la que es necesaria, el psicoanálisis será únicamente una pequeña isla en medio del océano. En *La voluntad de saber* Foucault se muestra cauto con el psicoanálisis al considerar que este se desarrolla sobre viejas formas de saber-poder como la indagación de la verdad oculta o a través de una detallada verbalización que el terapeuta interpreta en términos patológicos y no morales.

Parece haber una tendencia a infravalorar al adversario, al otro del poder pero por mucho poder y posición que se tenga él otro puede sacar partido de sus malas cartas y ganar la guerra que parecía perdida. La víctima no siempre está desprovista de poder, no siempre se mantiene en su pasiva indefensión sino que ante el poder también puede resistir y negociar. ¿Qué ha hecho y hace la historia si no resistir y negociar? El demente se somete al poder sin rechistar pero la historia resiste, se defiende de la demencia con todas sus fuerzas, se escapa del asilo y de la psiquiatría. *Las histéricas* de La Salpêtrière cuestionaron el saber y el hacer médico de uno de los grandes, de Charcot, el gran neurólogo de la época (a la historia no le vale cualquiera, se mide con los mejores). Su plasticidad, su mimetismo, su ser camaleónico, sus pliegues y repliegues le permiten camuflar la verdad y engañar. Maestras del espejismo, del poder encubierto, portadoras de vestidos de siete velos que buscan ser amas y reinar en la oscuridad a través de un otro que termina cediéndoles el cetro. Incautas como los ingenuos narcisistas. Estos desconocen que tienen los pies de barro pero ellas los exponen tanto que o se ayudan de su astucia y picaresca o terminan por pisárselos.

Tras el discurso del “amo” siempre está el discurso del “ama”. Por cada discurso “del amo” hay una réplica del “ama”. Creadoras de nuevos discursos, de nuevas verdades, de nuevos saberes. Las histéricas sin lugar a dudas han sido las primeras militantes de la antipsiquiatría. Siempre que haya normas y disciplina habrá anti-normas y anti-disciplina al frente de las cuales estará la histérica. Como nos decía Foucault el poder también es creación.

Foucault ha sido criticado por no ser demasiado riguroso con la teoría social y no haber definido claramente nociones importantes relacionadas con

el poder a pesar de ser un claro seguidor de Max Weber pero con gran acierto distinguió entre las relaciones de poder y las situaciones de dominación. Definió las relaciones de poder como juegos estratégicos de libertades en las que algunas personas intentan determinar las conductas de otras de las situaciones de dominación, auténtico hambre de poder, que equiparó el poder más genuino. La sociedad se sustenta en estas relaciones de poder; su ausencia no es posible, el trato horizontal puro no existe ni dentro ni fuera de la psiquiatría pero conseguir que las situaciones de dominación tiendan a cero ese sí debería de ser un objetivo a conseguir especialmente en la psiquiatría.

Michel Foucault, el revolucionario francés, nos dejó hace más de treinta años pero su pensamiento no ha pasado de moda. La historia no ha cambiado tanto como para no poder adaptar sus postulados y razonamientos al momento actual. El loco todavía no ha recuperado su palabra. La voz de los genes, de los neurotransmisores, de la neuroimagen y del cerebro se alzan mientras la voz del alma sigue silenciada. El loco se ha aproximado a la comunidad y ésta a él pero todavía no puede caminar libremente entre los normales, el diferente en lugar de ser admirado en su singularidad sigue siendo tachado de raro y peligroso. El poder disciplinario sigue presente. La coerción en sus diferentes formas sigue en activo...

...pero un nuevo discurso se está gestando. Aquel que cree en el respeto, en la libertad y en el derecho del hombre a ser lo quiera y pueda ser, aquel que tolera al otro porque se acepta a sí mismo, aquel que no tiene miedo a que el otro hable, aquel que está dispuesto a reinvertirse y a reinvertir el discurso, aquel que lucha porque la dignidad del otro siga siendo un derecho...

...aquel que en definitiva escucha al semejante dentro y fuera de la consulta, aquel que negocia en lugar de someter.

BIBLIOGRAFÍA:

- FOUCAULT, M. *Historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de Cultura Económica (orig. 1961), 1997.
- FOUCAULT, M. (1998a). *Vigilar y castigar*. Madrid: Siglo XXI (orig. 1975).
- FOUCAULT, M. (1998b). *La voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI (orig. 1976).
- FOUCAULT, M. (trad. 1999). "Asilos, sexualidad, prisiones". En *Obras esenciales. Volumen II* (pp. 283- 297) Barcelona: Paidós.
- FOUCAULT, M. *El poder psiquiátrico*. Curso 1973-1974. Buenos Aires: FCE. 2005.
- HUERTAS GARCÍA - ALEJO, RAFAEL. "Foucault, treinta años después. A propósito de El poder psiquiátrico". *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 2006, vol. LVIII, n° 2, julio-diciembre, págs. 267-276, ISSN: 0210-4466
- PASTOR, J., y OVEJERO, A. *Michel Foucault. Caja de herramientas contra la dominación*. Oviedo: Universidad de Oviedo, 2007.
- PASTOR, J. "Relevancia de Foucault para la Psicología". *Psicothema* 2009. Vol. 21, n° 4, págs. 628 - 632.

Del poder y del tratamiento de la psicosis

Sara García Fernández. MIR

María Jesús Leñero Navarrete. MIR

María Fernández Caballero. PIR

Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica

HURH de Valladolid

Correspondencia: saragarcia14@gmail.com

EL PODER MÉDICO

Una de las características de cualquier sociedad es el discurso que impera en cada época. Si antiguamente la religión tenía un lugar destacado, hoy en día podemos decir que ese lugar lo ha ocupado la ciencia. En este sentido, la medicina, siguiendo el discurso imperante, el discurso científico, parte de la idea de que para un conjunto de síntomas existe un diagnóstico que considera el representante objetivo de una enfermedad, pues tiene además un curso determinado y una causa específica. Conociendo entonces la etiología podremos utilizar una molécula determinada para solucionar el déficit o exceso de la causa que a la postre había generado dichos síntomas de los que inicialmente partíamos. A estas moléculas las llamamos fármacos. En principio, este supuesto organicista parece poseer una claridad pasmosa, pero el problema surge cuando verdaderamente no se sabe con certeza si esa etiqueta que hemos creado corresponde o no a una enfermedad con un sustrato biológico demostrable científicamente. Éste es el punto en el que se encuentra la psiquiatría, un punto de suposición y no de evidencia.

Por otra parte, sabemos que el médico antiguo constituía para sus pacientes, no sólo alguien que curaba y trataba; sino también, alguien de confianza que velaba por el bienestar de éstos más allá del ámbito físico. Sin embargo, hoy en día, todo aquello que se escapa de la lógica de lo medible y de lo tangible es desertado y considerado como un fracaso de la medicina

y de la ciencia. Así, el médico se ha convertido en un mecánico del cuerpo, reemplazando piezas que no funcionan, piezas corporales de un ser humano que ha pasado de ser multidimensional a ser considerado parte exclusiva del biologicismo. Donde lo subjetivo y la ética han pasado a un segundo plano puesto que no está protocolarizado ni burocratizado, no es medible ni tangible, ni tan siquiera es alcanzable ni mucho menos generalizable. La enfermedad es un mal que hay que aniquilar y, la medicina, una ciencia de hechos objetivos y no de subjetividades.

Esta manera de entender la medicina produce la paradójica situación en la que el paciente es expropiado de su propia enfermedad, que pasa a ser objeto de culto del discurso de la medicina, mientras que él queda relegado a una posición de pasividad absoluta donde sus quejas son vistas como rebeldía ante la autoridad de un saber. Se le despoja de su enfermedad, pero en el camino se le erradica lo más humano. El poder del médico llega aquí a exigir dependencia y plena sumisión a la ciencia. La sensación que al final le queda al paciente es la de que no se siente parte de algo que sólo le debería afectar a él: su propia vida.

EL PODER PSIQUIÁTRICO

Bajo este pretexto, la psiquiatría como ciencia médica, necesita apoyar su discurso en unos pilares fundamentales. Estos presupuestos, como sabemos, son cuanto menos ciertamente cuestionables.

En primer lugar, la psiquiatría posee una ideología que, como decíamos antes, le asegura un lugar en lo social, el cientificismo. Es decir, la psiquiatría sigue siendo fundamentalmente organicista. Considerada como la hermana pobre de la medicina y siendo la más vilipendiada por las otras especialidades médicas, el psiquiatra se vio en la necesidad de forzar las cosas para hacerse pasar por médico como los demás e inventó entonces las enfermedades mentales. Cien años después, vino en su auxilio el descubrimiento de los psicofármacos, lo cual hizo mejorar su imagen y su poder.

El organicismo se convierte entonces en la ideología a la cual el psiquiatra vuelve siempre. Primero fue la neurología, ahora una promesa mucho más inmaterial, la de la bioquímica y la genética molecular. A pesar de haber

pasado dos siglos, la promesa de que el origen de la enfermedad mental es de causa orgánica, perdura. Hasta el momento, sin embargo, los resultados no han sido muy prometedores, más allá de una tautológica justificación basándose en la eficacia de los psicofármacos, algo que además la investigación no ha podido sostener.

De hecho, es fácil comprobar, cómo la farmacología ha ido moldeando las clasificaciones del malestar humano. Si un fármaco provoca un determinado efecto, por ejemplo, tranquiliza, podemos decir que entonces sirve para lo contrario, el nerviosismo, y así creamos una entidad, la ansiedad, que justifique el uso de dicho fármaco. Es decir, la causa de la ansiedad se debería a lo contrario del efecto que supuestamente produce la pastilla. Apliquemos ahora este truco al resto del sufrimiento de la existencia humana y ya tendremos resuelta y comprobada la causalidad biológica de todo lo que se nos ocurra. Entonces, no se trata tanto de un saber sobre el malestar humano, no se trata de que uno investiga el funcionamiento interno del cerebro para determinar los mecanismos que intervienen en cada una de las supuestas enfermedades; sino que se trata más bien de la creación de un artificio al servicio de un interés.

EL PSIQUIATRA MODERNO

Es precisamente el monopolio de este cientificismo lo que genera que el médico, recién salido de la facultad, apenas se haya planteado cualquier otro tipo de epistemología. Comienza a ejercer sin preguntas, dando por supuesto todo lo que se le ha enseñado y creyendo que si no obra de tal manera no está siendo buen médico, buen samaritano. El objetivo es claro: aniquilar la enfermedad. Para ello el psiquiatra cuenta con varias herramientas. En primer lugar, su categoría de especialista y de experto en la materia, es decir, el poder que le da la sociedad; y, en segundo lugar, la suposición de un saber que esto origina. Saber supuesto y poder se convierten en los pilares sobre los que se sustenta el tratamiento de las enfermedades mentales.

¿En qué se basa, por ejemplo, la psiquiatría actual para tratar la psicosis? ¿Desde que posición se ubica el especialista y en qué lugar deja al paciente? Pues bien, se trata de un tratamiento basado en la evidencia y que tiene como pretexto la aplicación de guías de tratamiento generalizadas, sin el menor

rastró de subjetividad ni de interés por la problemática individual de cada paciente. Esto queda muy bien reflejado en los manuales de psicoeducación, donde además del tratamiento farmacológico se establecen las bases de «lo-que-debe-ser» y «lo-que-debe-hacer» una persona para ser normal, para estar sana. Por ejemplo, en el caso de la psicosis como se trata de un hipotético déficit neurológico, el paciente tendrá que hacer ejercicios de estimulación cognitiva y acudir a un centro de día o de rehabilitación, y si no se presta a ninguno de estos supuestos entonces nos veremos en la obligación de ir hasta su casa bajo el siguiente lema: «tienes que hacer cosas que no estás haciendo». «Te tienes que duchar», «tienes que salir a pasear», «tienes que tomarte la medicación», etc. «Tienes que» es el leitmotiv de la psiquiatría actual.

Bien es cierto que existen personas que se pueden beneficiar en un primer momento de este tipo de tratamiento. Pero, a pesar de esta circunstancia, ¿podemos pensar que el fin justifica nuestros actos? ¿Debemos a toda costa invadir a la persona para conseguir los objetivos que la institución propugna? Hablo, claramente, del estatuto ético de esta posición. Hablo de lo que supone entrar de manera invasiva en casa de una persona para ver cómo andan sus cosas, reprocharle su falta de limpieza, pedirle que se arregle, que salga a la calle, etc. Otros, sin embargo, no sólo no mejoran, sino que empeoran. Y empeoran, muy probablemente, porque no se tiene en cuenta su palabra, porque no se les escucha. Muchas veces es el mismo paciente quien nos va a dar las claves de lo que debería ser su tratamiento.

Hace un tiempo escuché un caso en el que la paciente le decía a su psiquiatra: «a mi no me molesta mi delirio, decía, lo que me molesta es la policía, la seguridad, los ingresos... yo lo que quiero es que usted me ayude a que mi delirio pueda ser acorde con la sociedad en la que vivimos para poder vivir tranquila». A lo que el psiquiatra le responde: «sí, pero primero te tienes que duchar y tomar la medicación». Igual que hablar con una pared. En un segundo momento, esta misma paciente, le comenta a su médico algo fundamental, las claves de su empeoramiento: «es que me siento agobiada, por los psiquiatras, por la enfermera, por la trabajadora social, por la familia...», a lo que se le responde: «no te preocupes, la semana que viene volveremos para ver que todo está bien». Vemos entonces cómo lo verdaderamente preocupante no es sólo el hecho de que no se escuche al paciente, sino que

nuestro saber, además de muy cuestionable, es devastador y en muchas ocasiones totalmente paradójico: ¿Qué hacemos invadiendo el espacio y las casas de personas, que precisamente se sienten invadidas por el Otro? ¿Cómo vamos a pretender que mejoren si se sienten y están totalmente perseguidas? ¿Qué alternativas podemos plantear?

LA TRANSFERENCIA EN LA PSICOSIS

Tomemos el proceder del psicoanálisis, que se basa en la clínica psicopatológica, pero añade un fenómeno fundamental, la transferencia. En primer lugar, la transferencia fue fundamental para realizar el diagnóstico diferencial con las neurosis, neurosis narcisistas y neurosis de transferencia eran las categorías freudianas de la primera división clínica entre psicosis y neurosis, unas entraban en la transferencia tal y como la concibió Freud en un primer momento y otras no. No obstante, esta dificultad generó un gran trabajo clínico por tratar de establecer las bases de las condiciones del tratamiento psicoanalítico de la psicosis.

Teorizar sobre la transferencia fue necesario para saber qué lugar debía ocupar el analista, cuestión principal en el tratamiento de la psicosis por el peligro que entrañaba ocupar determinadas posiciones, como por ejemplo la posición de saber o la de poder de la que acabamos de hablar. Esto no sólo hacía que el tratamiento fuera mal, sino que el médico podía llegar a desempeñar un lugar central en el delirio del paciente, principalmente cuando éste se sentía objeto de goce de aquél. No era que el psicótico se enamorara de modo neurótico del analista, sino que era al revés, el psicótico se veía como objeto de goce del analista, con el riesgo de poder dar lugar a un delirio erotómano o persecutorio. Aquí había que tener en cuenta un dato importante y era que en la erotomanía, por ejemplo, uno no se creía amado por cualquiera sino que normalmente solía ser algún personaje eminente, alguien con cierto lugar de poder; lo mismo que en la persecución, al paranoico, por lo general, no lo perseguía cualquiera. Lo cual debería hacernos reflexionar sobre la dimensión de peligro que entraña el ocupar un lugar de poder.

En este sentido, el tratamiento de la psicosis difería fundamentalmente de cualquier otro tipo de tratamiento. Esta diferencia tenía que ver con la atención dedicada a la subjetividad y a la particularidad de cada paciente, donde

el tratamiento se orientaba hacia la creación de una invención que abordase el sufrimiento del paciente, y donde se ponía énfasis en los recursos creativos del psicótico. Todo ello consolidando un tipo de relación transferencial tal que permitiera alojar la particularidad de cada cual. Esta orientación marcaba una diferencia respecto a todas las demás prácticas que se basaban en el déficit neurológico, las cuales tenían como premisas la instauración de un tratamiento farmacológico, un entrenamiento basado en estimulación cognitiva para frenar dicho deterioro y la creación de toda una parafernalia psicoeducativa que en el fondo no eran más que diferentes medidas de opresión del loco y de anulación de cualquier índice de subjetividad. En esta visión no encajaba la idea de que una gran cantidad de personajes importantes en la cultura, las matemáticas, las artes y la filosofía podían dar cuenta del hecho de que el delirio era compatible con la conservación de las facultades intelectuales y con una adecuada adaptación a la sociedad.

CLAVES DE LA TRANSFERENCIA

De todo ese desarrollo se extrajeron diversas maniobras terapéuticas para poder establecer las coordenadas de dicha transferencia, como por ejemplo, la prudencia en el tratamiento, el no autenticar la dimensión imaginaria, no interpretar la homosexualidad, no hacer resonancias de significado y abstenerse de usar el diván. Algo muy importante era tratar de evitar la sugestión, que en sí no era más que el uso de un poder que la transferencia confería a la palabra del analista. En este mismo sentido podemos considerar la cuestión de ubicarse como un padre o asumir el lugar de la ley. La posición del analista debía ser la de objeto *a*, la de sumisión a las posiciones subjetivas del enfermo. Que el analista encarne esta posición de objeto es crucial para llevar a cabo esa maniobra de extracción del objeto por parte del sujeto psicótico. Era ahí donde el analista contaba por su presencia silenciosa, por su función de depositario, por la oreja que escuchaba o por el ojo que miraba. Era secretario y estimulaba el trabajo en la psicosis. La interpretación carecía de sentido porque, en verdad, no había nada reprimido, no había que desvelar ninguna fantasía inconsciente que retornara en forma de síntoma. Interpretar en la psicosis equivalía a inyectar un goce que no tenía ningún estatuto de verdad y que en ocasiones tendía a ocasionar el desencadenamiento.

Por otra parte, en nuestro ámbito, hubo dos momentos importantes en la

historia del tratamiento de la psicosis. En primer lugar, se hizo hincapié en el desencadenamiento del significante; posteriormente, se dio protagonismo a la desregulación del goce, a la invasión del goce. Era ahí donde había que actuar ahora. De esta manera se podían diferenciar en la transferencia dos momentos, uno en el que el sujeto psicótico le ofrecía al analista sus significantes para que éste organizara su mundo; y, otro en el que le ofrecía su propio goce para que el analista pudiera regularlo. Pero si bien el psicótico podía necesitar ese orden de sus significantes, al mismo tiempo estaba en posesión de un saber fruto de la convicción en su conocimiento, convicción generada como una revelación. Este saber y esta certeza le impedían entrar en dialéctica con el analista, y éste tan sólo podía esperar ser testigo de esa experiencia de inocencia que era su posición fundamental, la del paciente, ante sus perseguidores. En esos momentos uno difícilmente podía hacer ningún movimiento y tenía que estar a la espera de poder ir regulando el goce con el que el paciente vivía toda esta situación. Ahí radicaba la problemática de cómo tolerar la certeza sin ser cómplice del delirio.

Era mejor iniciar una conversación inspirada en los «intercambios de flujo libres» que Lacan utilizó con Aimée, es decir, conversaciones dirigidas por la idea de preservar al sujeto de la amenaza del goce del Otro. Todo esto siempre con un fin dirigido a la construcción de una suplencia que permitiera contener dicho goce de una manera mucho más estable.

CONCLUSIÓN

Como vemos, mucho dista entre el psiquiatra moderno y el analista en el tratamiento de las psicosis. En el primero el poder está del lado del médico, con los posibles efectos devastadores que hemos visto que podía ocasionar. Mientras que, por otra parte, existe otro tipo de tratamiento en el que el poder está del lado del paciente y los efectos, por tanto, son unos efectos guiados por la ética.

Entonces, de lo que se trata en verdad, es de no imponer un saber sobre el paciente, sino de ayudarlo a acceder al camino para encontrar cuál es su verdadero deseo, no el nuestro, y así hacer resplandecer aquello que lo hace único. De eso trata la ética de la individualidad, la particularidad y la propia elección del sujeto.

BIBLIOGRAFÍA

ÁLVAREZ, J.M^a. *La invención de las enfermedades mentales*, Barcelona: Gredos, 2008.

MALEVAL, J.-C. «Treatment of the psychoses and contemporary psychoanalysis», en Gherovici, P. y Steinkoler, M. (Eds.), *Lacan on madness: madness, yes you can't*, Nueva York: Routledge, 2015.

WHITHAKER, R. *Anatomía de una epidemia*, Madrid: Capitan Swing, 2005

Poder y sexualidad

María del Carmen Reguilón Domínguez. PIR

María Teresa Barbero Sánchez. MIR

Doménico Nissi Da Palazzo. MIR

HURH de Valladolid

Correspondencia: maryrdzam@gmail.com

La incitación a hablar sobre el poder, nos remite directamente a Michel Foucault, pues como sabéis, el poder constituye una de las grandes áreas y aportaciones de su trabajo. Nos interesa la originalidad de su concepción y tomaremos su obra como referencia para abordar las relaciones del poder y la sexualidad. Principalmente, nos detendremos en el primer volumen de su *Historia de la sexualidad: La voluntad de saber*. Además, el análisis de la filosofía foucaultiana nos permitirá desafiar la consideración imperante del sexo como un fenómeno de la naturaleza y cuestionar la idea de la sexualidad como normal.

MICHEL FOUCAULT: EL PODER COMO RELACIÓN

Para no perdernos será fundamental recordar la original manera en la que Foucault concibe el poder. Tradicionalmente, se consideraba el poder como una entidad propia al margen de la sociedad y de los individuos, situado en un nivel superior desde donde ejercer un control en términos de sumisión y dominación (monarca, papa, ejército, ... capital). Por el contrario, él lo ubica dentro del entramado social e individual, en una pluralidad de discursos, definiéndolo en términos de relaciones. El poder, desde esta perspectiva, está en todas partes.

Otra idea esencial que acuñó es que saber y poder están directamente relacionados. Es decir, el poder produce efectos de verdad, produce saber, en el sentido de conocimiento.

PODER Y SEXUALIDAD “LA VOLUNTAD DE SABER”

Una vez situada la concepción del poder en Foucault, nos interesa detenernos en *La Voluntad de saber*, para abordar las relaciones entre ésta y la sexualidad. Se trata del primer volumen de su *Historia de la sexualidad*. Su publicación en 1976, supuso una revolución en los estudios de género por su visión de la historia y de las relaciones entre poder, sexo y verdad.

CRÍTICA A LA HIPÓTESIS REPRESIVA

Foucault propone aquí una tesis sorprendente en la que hace una crítica a *la hipótesis represiva*. Esto es, se ha sostenido la idea clásica de que a partir del siglo XVII y hasta el siglo XX, se produjo una etapa represiva de la sexualidad caracterizada por la prohibición y el silenciamiento de sus manifestaciones. El filósofo, aunque no niega que haya habido represión, considera que no es lo fundamental para entender la historia del sexo; y que los mecanismos represivos solo juegan un papel local dentro de una estrategia de poder en una puesta en discurso mayor: *la voluntad de saber*.

Así pues, en contra de la hipótesis represiva, sostiene, que a partir del siglo XVII, y especialmente en el siglo XVIII, se produjo una explosión discursiva en torno al sexo. Proliferan multitud de discursos y, lo más importante, en el campo del ejercicio del poder mismo, desde ámbitos diferentes. Principalmente, desde la psicopedagogía, la medicina, la psiquiatría y la justicia penal. Foucault denominará a este emplazamiento discursivo ***dispositivo de sexualidad***.

ORIGEN: LA CONFESIÓN

Esta incitación a hablar del sexo tiene su origen en la edad media, en la tradición religiosa cristiana, donde la confesión de los placeres de la carne era un elemento fundamental ligado al sacramento de penitencia. Tras el Concilio de Trento, a partir del siglo XVII, llama la atención que a pesar de que la nueva pastoral apuntara sus recomendaciones en la dirección de la discreción y la prudencia, paradójicamente se extienden los dominios de la

confesión, dando cada vez más importancia a las insinuaciones, pensamientos, deseos, ... a los detalles más minuciosos acerca de los placeres carnales.

BIOPOLÍTICA

Foucault marca que en el siglo XVIII nace una incitación política, económica y técnica a hablar del sexo que se produce en forma de análisis, contabilidad, clasificaciones, investigaciones..., que se origina paralelamente al surgimiento de la *población* como nuevo problema del estado. El sexo y sus variables se convierten en una cuestión de policías, de control por parte del estado. Solo se debe hablar del sexo para reglamentarlo e insertarlo en sistemas de utilidad con el fin de mejorar las fuerzas colectivas e individuales. Un ejemplo de ello fue la implantación del control de la natalidad, la reproducción o la higiene pública... etc.

DE LAS PRÁCTICAS SEXUALES A LA DEFINICIÓN DE INDIVIDUOS

Hasta finales del siglo XVIII las prácticas sexuales estaban reguladas bajo 3 códigos: el derecho canónico, la pastoral cristiana y el derecho civil. En todos ellos, sus reglas y recomendaciones se centraban en las relaciones conyugales; de modo que la ruptura de las leyes del matrimonio (ejemplo: adulterio, relaciones extramatrimoniales) o la búsqueda de placeres sexuales extraños (ejemplo: sodomía) eran objeto de condena: un pecado para la ley pastoral y un delito en el derecho civil.

Sin embargo, la explosión discursiva de los siglos XVIII y XIX provocó una serie de modificaciones. Por un lado, la monogamia heterosexual que había sido el objeto de persecución de la confesión se convierte en la norma y se le permite mayor discreción. Así pues, el objetivo de la confesión se desplaza y el interés del nuevo poder se dirige a interrogar las sexualidades periféricas (niño, locos, los que no aman al otro sexo). El siglo XIX, con esta caza, dará lugar a la implantación de las perversiones y a una nueva especificación de los individuos (por ejemplo: los exhibicionistas de Lasègue, los fetichistas de Binet, los zoófilos de Krafft Ebing, las mujeres dispaurenistas, etc.). El objetivo del nuevo poder y, concretamente, el de la psiquiatría, fue abordar desde

una perspectiva científica la sexualidad humana y sus perturbaciones para de esa manera tomar distancia de una posición moralista y religiosa. Por lo tanto, se produjo una mutación en la manera de actuar sobre las conductas sexuales: se pasó de condenarlas como actos a definir individuos.

CIENCIA SEXUAL

El siglo XIX fue el momento en que Occidente desarrolló en torno al sexo múltiples discursos de pretensión científica, dando origen a una ciencia sexual. A través de ella se ha pretendido obtener la verdad sobre el sexo ajustando la técnica de la confesión a su discurso.

¿CÓMO SE HA LOGRADO LA INTEGRACIÓN DE LA CONFESIÓN AL DISCURSO CIENTÍFICO?

- 1) Se reinscribe la técnica de la confesión a partir de procedimientos como el examen, la entrevista, cuestionarios,... y se codifica en términos de síntomas y síndromes.
- 2) En el siglo XIX, la medicina otorga al sexo un poder causal de ilimitados peligros que justificaría la exigencia de la confesión del sexo en la práctica científica.
- 3) Postulando una latencia intrínseca de la sexualidad según la cual está escondida para el propio sujeto y sólo puede ir saliendo con el trabajo de la confesión.
- 4) Lo que se confiesa se convierte en un signo a interpretar y descifrar donde sólo la ciencia puede validarlo como discurso verdadero.
- 5) Se medicalizan los efectos de la confesión, es decir, lo que se dice sobre el sexo se enmarca dentro de una práctica clínica de manera que se introduce en el régimen de lo normal y patológico. De manera que, la confesión sobre el sexo solo tiene sentido en intervenciones médicas.

En definitiva, a través de la *scientia sexualis* pudo constituirse algo como la sexualidad, que fue por medio de ella que el sexo dejó de ser considerado un asunto de placer, para inscribirse en el régimen del saber.

IMPACTO FILOSÓFICO FOUCAULTIANO EN EL ANÁLISIS DE LA SEXUALIDAD

La sexualidad puede pensarse a la luz de la reflexión filosófica Foucaultiana. El análisis de la formación de ciertos saberes acerca del sexo en términos de relaciones de poder y desde una perspectiva histórica nos va a permitir el cuestionamiento de cualquier verdad supuesta en torno al sexo.

En la actualidad, nociones como sexo o la sexualidad nos son tan familiares que nos parecen indiscutibles y universales. Sin embargo, Foucault plantea el carácter histórico y contingente de estos términos. Muestra que la sexualidad es una categoría que no tiene más de tres siglos, es el producto de esa práctica discursiva que se desarrolló lentamente, la ciencia sexual. De hecho, no será hasta el siglo XVIII que se define a una persona como sexual.

Demuestra que el poder no solo reprime, si no que produce efectos de verdad, de conocimiento. Desde esta perspectiva, las categorías sexuales son productos de constelaciones específicas de relaciones de poder y saber.

Pongamos como ejemplo la homosexualidad. Podríamos afirmar que los homosexuales no existen hasta que la ciencia los constituye como especie. Hasta el siglo XIX la homosexualidad era contemplada en términos de prácticas homosexuales: la sodomía; una categoría del antiguo derecho civil y canónico que describía un tipo de actos prohibidos. El autor era solo un sujeto jurídico. Pero la proliferación de discursos acerca del sexo tuvo efectos trascendentes en la consideración de estas prácticas, de modo que en la mitad del siglo XIX surge la categoría médica del «homosexual», convirtiéndolo en especie. El artículo de Westphal sobre “Las sensaciones sexuales contrarias”, de 1870, ha servido como fecha de nacimiento de su categorización. Un retrato de este hacer especie de una práctica sexual es la descripción que Magnus Hirschfeld hizo de la homosexualidad. Este autor fue un neurólogo alemán que fundó en 1897 el comité científico humanitario. Su objetivo principal era convencer a los legisladores alemanes de abolir el artículo 175 del Código penal en el que se criminalizaban los actos sexuales entre varones. Para ello, defendió la naturaleza congénita de la homosexualidad y concebía al homosexual como una especie particular de afeminado corporal y psíquico. A continuación ejemplificamos con un extracto de esta descripción tomada del catálogo de la exposición

virtual del *Institut für Sexualwissenschaft* (1919-1933).

“Los músculos del uranista son más flojos que los masculinos. En consecuencia existe en la mayor parte de los casos una tendencia natural a los movimientos tranquilos (paseos a pie, deporte de excursión, de montaña, ciclismo, natación y baile). Se aprecian frecuentemente pasos pequeños, bailoteantes, y pareciendo a menudo afectados, también un andar ligeramente clásico.”

La homosexualidad por lo tanto nace dentro de un discurso médico que la constituye como una patología y, lo más importante, como una identidad global que se impone al sujeto. Pasó de ser un acto prohibido a contemplarse a la luz de una identidad.

ESENCIALISMO / CONSTRUCCIONISMO

La ciencia sexual, en su empeño por producir una verdad sobre el sexo, se apoyará principalmente en mecanismos biológicos explicativos y basará su idea de una sexualidad normal en el modelo animal. Esto es, conductas que conducen a la reproducción que tienen como objeto al sexo opuesto y que consisten en la actividad coital. Hace del sexo un hecho de la naturaleza de manera que atribuye al sujeto un sexo auténtico que le corresponde y al que va a quedar estrechamente ligado. Hasta el punto de vincular su sexo con su identidad y crear subjetividades impuestas, producto de una división natural anatómica. Por ejemplo: varón-masculino / mujer-femenina / heterosexualidad.

En contra de este esencialismo científico, la filosofía foucaultiana nos muestra una interpretación alternativa, cuestionando la idea del sexo como algo natural y normal. La perspectiva construccionista, como la teoría Queer, la cual ha tomado como referente esencial a Foucault, asume el principio de que las categorías sexuales (los géneros, las identidades sexuales y las orientaciones sexuales) son el resultado de relaciones específicas de poder y saber; por lo tanto, no están esencialmente o biológicamente inscritos en la naturaleza humana, sino que se trata de formas socialmente variables. Este análisis es clave a la hora de cuestionar cualquier identidad considerada como esencial: ser mujer, ser hombre, gay, masculino, femenino,... etc. Incluso categorías que nadie cuestionaría como la heterosexualidad.

CONCLUSIONES

Siguiendo esta línea de pensamiento, podemos concluir que las identidades sexuales tienen que ver más con las formas en las que se organiza el conocimiento que con una verdad esencialista. Por lo tanto, varían según el grupo cultural y la época.

En este sentido, en contra de lo que se suele pensar, la supuesta neutralidad y objetividad científica queda bajo sospecha siendo la misma ciencia la que fabrica ideas, sujetos, cuerpos, enfermedades y sexualidades.

No existe una sexualidad natural ni normal. La ciencia sexual introduce en los sujetos nociones de naturalidad y organicidad donde solo hay un vacío de significación.

PSICOANÁLISIS: J. LACAN

A pesar de que Foucault incluyó en su historia de la sexualidad al psicoanálisis como uno más de los discursos del dispositivo de sexualidad que intentaban arrancar al sujeto una verdad sobre su sexo, el psicoanálisis ocupa un lugar de excepción respecto al saber y la verdad.

Mientras que la sexología y la psiquiatría se instalan en un discurso de saber absoluto, y armonía entre los sexos, la originalidad de Lacan reside en el reconocimiento de que respecto a la sexualidad no hay saber. Para el psicoanálisis el sujeto no sabe ninguna verdad porque no hay saber sobre su sexo. (Fórmula: No hay relación sexual).

En el seminario *Aun*, hará una distinción importante: “cuando se ama no es asunto del sexo”. Esta afirmación muestra la visión de Lacan de que el deseo no está determinado por el sexo biológico, no es natural.

La noción de sexualidad para Lacan es inseparable de la existencia del inconsciente. Esta posición queda fuera del debate sobre si la sexualidad es algo natural o cultural, dado que el inconsciente no puede ser considerado algo biológico, ni tampoco algo meramente social o cultural.

Puesto que no hay saber sobre el sexo, cuestiona toda posibilidad de fundar

una normalidad en la sexualidad de los sujetos. El sexo se sitúa en el orden de lo real, hay un vacío de significación. Para taponar ese agujero en el inconsciente, las personas se identifican con los modelos imaginarios que produce el orden social (ideales, modas, leyes,...). Asimismo, las identidades sexuales desde la perspectiva psicoanalítica (homosexualidad, bisexualidad, lesbianismo) son posiciones imaginarias para enfrentarse a ese vacío de sentido en lo real. De esta manera, el discurso del amo, el de la ciencia sexual, trata de cubrir ese vacío a partir de las nociones de organicidad constituyendo así a la heterosexualidad como la norma modelo de identificación.

Por último, concluiremos que a partir de la noción del sujeto del inconsciente el psicoanálisis puede dar cuenta de una multitud de sexualidades no heterosexuales, puesto que la elección de objeto (objeto *a*), es asexuado.

BIBLIOGRAFÍA

FOUCAULT, MICHEL. *Historia de la Sexualidad I. La Voluntad del Saber*. México: Editorial. Siglo Veintiuno, 2000

SÁEZ, JAVIER. *Teoría Queer y psicoanálisis*. Madrid: Síntesis, 2004.

LÓPEZ, SUSANA. *El laberinto queer. La identidad en tiempos de neoliberalismo*. Madrid: Égales, 2008.

Diagnosticar comportamientos, o la degradación del saber psiquiátrico

Luis Seguí. Psicoanalista ELP
Madrid

Correspondencia: lexsegui@yahoo.es

En el prólogo del libro de José María Álvarez, *La invención de las enfermedades mentales*, Fernando Colina escribió que “las relaciones de la psiquiatría con la cultura son elocuentes y a la vez antagónicas. Por una parte, decimos que las prácticas psiquiátricas y los discursos teóricos que las legitiman son siervos del momento (...) Por otra parte, podemos sostener con la misma firmeza que la psiquiatría presente es radicalmente inculta, si nos referimos ahora a su relación con el conjunto de los conocimientos de su tiempo (...) Salvo en algunos foros –sigue Colina– reducidos y marginales, ya no existe la intención de enlazar las ideas de la psiquiatría con las nociones que provienen del resto de las ciencias humanas: psicoanálisis, antropología, lingüística, historia, literatura o filosofía”.

Si esta descripción se ajusta a la realidad de los hechos parece pertinente preguntarse cómo y por qué se ha llegado a esta situación, que se enmarca en un ámbito más amplio como es la relación entre el saber y los saberes, y la diferencia existente entre *saber* y *sabiduría*, conceptos que en demasiadas ocasiones se confunden. A diferencia del castellano, donde ambos conceptos parecen indistinguibles, los franceses distinguen *savant*, que alude al hombre de ciencia, al que sabe mucho sobre algo, de *sage*, referido a aquel que ha conseguido mediante sus actos y sus pensamientos una especie de armonía moral y mental que le otorga –la cita es del escritor argentino Juan José Saer– la inefable capacidad de sustraerse a las contingencias del mundo. La sabiduría se distingue por el dominio de un vasto saber, pero el saber o la acumulación de conocimientos no conducen necesariamente a la sabiduría.

Acaso la diferencia entre uno y otra, más que por la cantidad se define por la calidad, o más bien por una determinada relación con el saber que caracteriza a ciertos sujetos, una relación que tiene sus consecuencias también en la política. Como recuerda Saer citando al historiador italiano Luciano Canfore, si es evidente que el saber ha venido ocupando un lugar central y cada vez más importante en la historia humana, la sabiduría, en cambio, ha estado siempre relegada y mantenida a distancia por el poder político; en tanto el saber ha llegado a ser coadyuvante de la opresión, la sabiduría –por su solo existir– aparece como su constante cuestionamiento, hasta el punto de que durante siglos los tiranos han intentado censurar y acallar las voces críticas de los grandes pensadores.

En su libro *–Una profesión peligrosa–* Canfora demuestra que tanto en la antigüedad clásica como en los siglos posteriores, en la agitada vida de los filósofos no escaseaban los riesgos, incluso mortales. Desde Sócrates en adelante es extraordinariamente extensa la lista de filósofos perseguidos, amenazados e incluso sacrificados como consecuencia del conflicto entre el saber y la sabiduría por un lado y el poder político por el otro. Platón estuvo en peligro por sus consejos a los tiranos de Siracusa; Aristóteles, de origen macedonio, debió escapar de Atenas porque su vida peligraba en medio de los conflictos políticos entre atenienses y macedonios; Séneca se abrió las venas por orden de Nerón; Cicerón fue decapitado en una carretera romana; Zenón de Elea fue condenado a muerte –aunque antes de morir se abalanzó sobre el tirano que le condenó y le arrancó una oreja de un mordisco–; de Descartes se dijo que murió de una pulmonía en el gélido Estocolmo, obligado a acudir de madrugada a palacio para enseñar aritmética a la Reina Cristina, aunque otras versiones no confirmadas sugieren que fue envenenado por agentes del Vaticano.

Thomas de Quincey, un autor admirado por Borges, juega con todas estas historias en un su librito cargado de humor (negro) e ironía, titulado *Del asesinato considerado como una de las Bellas Artes*, donde escribe que “durante los dos últimos siglos –el texto es de 1823– todos los filósofos eminentes fueron asesinados o estuvieron muy cerca de ello, hasta tal punto que cuando un hombre se llame a sí mismo filósofo y no se haya atentado nunca contra su vida, podemos estar seguros de que no vale nada”.

Desde la antigüedad clásica y durante muchos siglos se estimaba como sabio a aquel que podía concentrar en su persona todo el saber de su tiempo, una cualidad que a partir aproximadamente del siglo XVIII, con el extraordinario desarrollo de las ciencias y sus aplicaciones técnicas, se convirtió en una meta prácticamente inalcanzable, salvo para ciertos sujetos excepcionalmente dotados. A pesar de estas circunstancias, la multiplicación de los saberes y la imparable tendencia a la especialización en los conocimientos no fueron obstáculo para aquellos espíritus inquietos que, durante el siglo XIX y aún entrado el XX, se empeñaban en saber más y mejor del mundo en el que vivían, saltándose las barreras artificiales de las disciplinas que originariamente habían elegido y en las que se habían formado.

Un paradigma de ese tipo de sujetos fue Bronislaw Malinowski, cuya multifacética trayectoria intelectual comenzó en Cracovia –entonces parte del Imperio austrohúngaro–, donde se doctoró en 1908 en Filosofía especializándose en física y matemáticas, para estudiar después psicología y economía en Leipzig. La lectura de *The Golden Bough* –*La rama dorada* de James Frazer, un antropólogo al que Freud citará abundantemente en *Tótem y tabú*– le fascinó hasta el punto de que se marchó a Londres donde obtiene su grado y posterior doctorado en Antropología Social en la London School of Economics en 1910.

En 1914 Malinowski viajó a Papúa –actualmente Papúa Nueva Guinea–, donde realizó un trabajo de campo aplicando una metodología a la que bautizó como “de observador participante”, una denominación que revela el grado de implicación que asume en el estudio de otras culturas, abriendo un camino que encontraría su principal continuador en Claude Lévi-Strauss. Malinowski había escrito y publicado ya *La familia entre los aborígenes australianos* en 1913, y *Los argonautas del pacífico occidental* en 1922, cuando entra en relación con el psicoanálisis, un encuentro que se produce desde el momento en el que sus investigaciones antropológicas se dirigen hacia los sistemas de parentesco, las relaciones sociales y las bases económicas de cada cultura, así como el rol que juega la religión como factor de cohesión y las estructuras de poder, lo que hizo de él un precursor del estructural-funcionalismo. En 1924 apareció su artículo *Psychoanalysis and Anthropology*, y en 1926 los textos titulados *El mito en la psicología primitiva* y *Crimen y costumbre*

en la sociedad salvaje; en 1927 publica *El padre de la psicología primitiva* y *Sexo y represión en la sociedad salvaje*, obras cuya temática y enfoque le aproxima a los descubrimientos freudianos, aunque cuestionara el carácter universal del complejo de Edipo, que para él sólo era aplicable a la familia monogámica patrilineal, un modelo ajeno a otras culturas que él como antropólogo había estudiado sobre el terreno.

Malinowski siempre manifestó un gran respeto por Freud y por el psicoanálisis, una disciplina a la que atribuía el mérito de haber creado el fundamento correcto para estudiar la psicología de los pueblos primitivos destacando la naturaleza libidinal de sus relaciones.

Aunque no existió, que se sepa, una comunicación directa entre ellos, Malinowski y Freud compartían un tipo de relación con el saber que iba mucho más allá de la especialización científica. En 1926, en el famoso texto sobre la capacidad de los legos –es decir, quienes no eran médicos– para ejercer como psicoanalistas, Freud enuncia que la formación de los psicoanalistas debería incluir, además de mucho de lo que se enseña en la facultad de medicina, también “la psicología de lo profundo, que sería lo esencial”, una introducción a la biología, conocimientos de la vida sexual “con la máxima extensión posible”, y una familiarización con los cuadros clínicos de la psiquiatría. Y agrega que “por otro lado, la enseñanza analítica abarcaría disciplinas ajenas al médico y con las que él no tiene trato en su actividad: historia de la cultura, mitología, psicología de la religión y literatura. Sin una buena orientación en estos campos, dice, el analista quedaría inerme frente a gran parte de su material”. La aspiración de que se reconociera finalmente al psicoanálisis un estatuto científico era, para Freud, perfectamente compatible con la inserción de su invento en el campo de la cultura, confirmando de ese modo su vocación universalista. Que Jacques Lacan renunciara a otorgar categoría científica al psicoanálisis, limitándose a definirlo como una práctica –práctica de la palabra– no ha supuesto en absoluto una renuncia a explorar la amplitud de otros saberes como complementarios para hacer una clínica del sujeto, inseparable para él de la clínica de la civilización, en cuanto no se es posible abordar la subjetividad de cada uno fuera del contexto en el que ella emerge. Por eso mismo advirtió en su momento que no podía ser psicoanalista quien no tuviera en su horizonte la subjetividad de su época.

No es preciso ser humanistas para defender la vigencia de las humanidades. Paradójicamente, ni Freud ni Lacan se reconocían como *humanistas*. De Freud se puede decir que era fundamentalmente antihumanista en la medida en que, como señalara Lacan en el Seminario sobre *Las psicosis*, en el humanismo existe ese romanticismo que quiere hacer del espíritu la flor de la vida. Freud no sólo negaba toda tendencia al progreso, sino que como el profundo conocedor de la condición humana que era consideraba como un axioma de imposibilidad el mandato de amar a los demás como a uno mismo. Para Lacan Freud debía situarse en una tradición realista y trágica, lo que explica que sus luces nos permiten hoy –sigue Lacan– comprender y leer a los trágicos griegos.

Precisamente porque no se dejaron seducir por los embelecos de los discursos que idealizan la condición humana, ambos, Freud y Lacan, valoraban en toda su dimensión las grandes obras clásicas, artísticas y literarias pero también la cultura en la que surgieron. No hace falta más que recorrer la obra de Freud y los seminarios de Lacan para comprobar hasta qué punto uno y otro eran poseedores de una inmensa cultura clásica, deudores –como todos nosotros– en el sentido que se da a este concepto remontándonos a Atenas y Roma. Como ha escrito Carlos García Gual, “la inquietud espiritual, la exploración del mundo y de uno mismo y la pregunta por la naturaleza y la condición humana son rasgos históricos del heleno estar en el mundo. Los griegos inventaron o rediseñaron casi todos los caminos del saber: los más clásicos géneros literarios (...) la historia, la filosofía y la medicina, las matemáticas, la astronomía, la política y la retórica, la ética y la geografía, los juegos atléticos, la escultura y las artes plásticas. Pero más allá de los datos concretos, de todo el inmenso y prolífico legado que anima las raíces de nuestra cultura, lo más admirable es esa apertura o inquietud del espíritu”.

No es inoportuno en momentos como el actual, en el que unos poderes menos benévolos que sus antiguos dioses tratan inmisericordemente a Grecia y a los griegos –hasta el punto de que se ha considerado por algunos la salida del país de la Unión Europea–, dejar sentado que semejante exclusión, aunque fuera meramente simbólica, sería un gesto notablemente bárbaro y ajeno a la tradición humanista, en palabras de García Gual.

No parece casual la coincidencia en el tiempo de dos circunstancias estrechamente relacionadas: el constante retroceso académico de las humanidades y el progreso avasallador del cientifismo, que en el ámbito de la salud mental está haciendo estragos. Como ha señalado León Wieseltier –investigador de la Brookings Institution, el principal laboratorio de ideas de Washington– el cientifismo ha devenido una *ideología* que arrincona a las humanidades al tiempo que eleva a los altares de una pretendida racionalidad lo que es un culto al pragmatismo, a la utilidad y a los resultados, mientras que las complejidades, las ambigüedades, ambivalencias, oscuridades que las humanidades enseñan a reconocer han sido borradas.

La psiquiatría y la psicología cognitivista no son ajenas a esa ideología. Cuando se renuncia a entender a la gente, como ha dejado escrito Colina en el texto que he citado, apostando por el efecto apaciguador de los psicofármacos o leyendo al paciente la cartilla sobre cómo modificar su conducta, se está sirviendo simultáneamente al orden público y a la industria farmacéutica, es decir, al capitalismo, al amo que aspira a que los sujetos se pongan disciplinadamente en fila. Jacques-Alain Miller lo expuso claramente en su artículo *Salud mental y orden público*: “lo más importante en la vida con respecto a la salud mental es andar bien por la calle (...) el problema central en la práctica de la salud mental es el de saber a quién se puede dejar salir, y quién podría salir a condición de volver para tomar la medicación”. En nuestra época, prosigue, “el mejor ejemplo de salud mental sería más bien la máquina, por eso puede decirse de alguien que *se le cruzan los cables*”.

Pues bien, el amo necesita del auxilio del saber psiquiátrico y del cognitvismo para mantener controlado al personal. No importa entender a la gente, y en ocasiones ni siquiera diagnosticar enfermedades: el origen de esta perversión es que se diagnostican comportamientos.

Algunas formas de comportarse de ciertos sujetos les convierten en peligrosos para el orden público, gente que se sale de la fila, que cuestiona, que disiente, que incordia en suma.

Conocemos las consecuencias de una política que se sirve de la psiquiatría para disciplinar las conductas. En la Unión Soviética no sólo existió el *gulag*

concentracionario para los enemigos del pueblo; los hospitales psiquiátricos albergaban a muchos sujetos críticos o indiferentes con el sistema, porque –en buena lógica– había que estar locos para rechazar ser parte del ambicioso plan de ingeniería social cuyo loable objetivo era acabar con las desigualdades y la injusticia.

Entre nosotros, el que fuera Jefe de los Servicios Psiquiátricos Militares de Franco, el comandante Antonio Vallejo-Nájera –que por cierto estudió Medicina en Valladolid– fue un pionero en la tarea de psiquiatrizar la disidencia, desarrollando una teoría cuyas principales hipótesis postulaban “la inferioridad mental de los partidarios de la igualdad social y política”, y culpaba a “la perversidad de los regímenes democráticos favorecedores del resentimiento que promociona a los fracasados sociales, a diferencia de lo que sucede en los regímenes aristocráticos donde sólo triunfan socialmente los mejores”.

Vallejo-Nájera escribió un brulote con pretensiones científicas que tituló *Investigaciones psicológicas en marxistas femeninos delincuentes*, producto de su trabajo con presas políticas a las que se negaba esta condición equiparándolas a criminales comunes, en el que decía: “recuérdese para comprender la activísima participación del sexo femenino en la revolución marxista su característica debilidad del equilibrio mental, la menor resistencia a las influencias ambientales, la inseguridad del control sobre la personalidad (...) Cuando desaparecen los frenos que contienen socialmente a la mujer (...) entonces se despiertan en el sexo femenino instintos de crueldad y rebasa todas las posibilidades imaginadas, precisamente por faltarle las inhibiciones inteligentes y lógicas, característica de la crueldad femenina que no queda satisfecha con la ejecución del crimen, sino que aumenta durante su comisión (...) Además, en las revueltas políticas tienen la ocasión de satisfacer sus apetencias sexuales latentes”.

En esto de diagnosticar comportamientos, estigmatizarlos como peligrosos y productos de la locura hay casos como el del poeta norteamericano Ezra Pound, salvado de morir fusilado como un traidor a su país después de que sus amigos testificaran ante el juez que ya estaba loco antes de colaborar activamente con el fascismo. Pound era, además de extraordinario poeta,

un bohemio que había vivido en Londres y París codeándose con la intelectualidad de la época –incluidos Joyce, Yeats, Eliot, Dos Passos, Fitzgerald y Hemingway–, para radicarse finalmente en Italia, donde presenció la marcha sobre Roma y se quedó prendado de Mussolini. Lanzaba discursos y soflamas fascistas y antisemitas desde la radio, y cuando lo capturaron los soldados americanos lo exhibieron primero en una jaula y después lo trasladaron a Estados Unidos, donde pasó 12 años en la cárcel. Parece bastante evidente que Pound, que se consideraba como un hombre reducido a fragmentos e imaginaba el universo como un poema roto, era un psicótico genial que sin embargo no había perdido por completo la lucidez, como lo demuestra que al salir de la cárcel y antes de viajar a Italia dijo: “cualquier hombre que soporte vivir en Estados Unidos está loco”.

Otro caso paradigmático es el de Wilhelm Reich, con la peculiaridad de que él mismo era psiquiatra y psicoanalista. Judío de familia burguesa, Reich se formó en Viena, donde se incorporó a la Sociedad Psicoanalítica y fue uno de los discípulos de Freud, de quien se apartó al poco tiempo para desarrollar sus propias ideas teorías, en un intento de compatibilizar sus ideas marxistas con el psicoanálisis. La consecuencia fue que le expulsaran del Partido Comunista, al que se había unido en 1927, y su ruptura definitiva con Freud. En 1933, año en el que el nacionalsocialismo llegó el poder, Reich publicó *Psicología de masas del fascismo*, exiliándose primero en Dinamarca y después en Noruega para escapar a la persecución de los nazis, para radicarse definitivamente en los Estados Unidos a partir de 1939, país al que llegó como invitado por el profesor Alvin Johnson para trabajar como docente en la New School of Social Research.

Y en este punto reencontramos a Bronislaw Manilowski.

Manilowski había conocido a Reich hacia 1933 y tenía por él un gran respeto intelectual, a pesar de que –como el mismo Malinowski manifestara– no compartía sus teorías ni tampoco sus ideas filosóficas marxistas; ambos se habían encontrado en Londres y en Oslo y se escribían regularmente, y en 1938, cuando Reich era víctima de una campaña lanzada contra él desde diversos medios científicos e intelectuales, Manilowski salió abiertamente en su apoyo. Volvería a hacerlo años más tarde, después de que el FBI

detuviera a Wilhelm Reich cinco días después de que los Estados Unidos entraran en la Segunda Guerra Mundial, con el pretexto de que Reich era originario de un país enemigo. Unos días después de este episodio, Malinowski le escribe a Reich para solidarizarse con él. “Todo este asunto era –le dice–, por supuesto, ridículo, pues nadie que estuviera en su juicio puede sospechar que albergue usted tendencias o simpatías pro nazis”.

La persecución contra Reich nunca cesó. Un marxista irredento, desestabilizador y cuestionador del *establishment* científico debía ser neutralizado, y así se hizo. Trabajando, como quien dice, en equipo, políticos de extrema derecha y jueces, con la inestimable colaboración de los psiquiatras, acabaron con Reich. Durante la cruzada anticomunista encabezada por Mc Carthy fue sometido a juicio, se le diagnosticó “esquizofrenia progresiva”, y prácticamente todos sus escritos quemados en el Incinerador de Nueva York el 23 de octubre de 1956 bajo la supervisión de la Food and Drug Administration (FDA). También fueron destruidos los Acumuladores de Energía Orgónica, una construcción delirante que consistía en una caja de madera con un revestimiento interno de metal que, según su inventor, serviría para hacer fluir la energía en el cuerpo de sus pacientes. La misma FDA se ocupó de investigar la teoría del orgón; sus inspectores examinaron 300 pretendidos acumuladores de energía orgónica que habían secuestrado, concluyendo que no había en ellos el menor rastro de energía, por lo que Reich fue acusado de estafador.

Bronislaw Malinowski murió el 16 de mayo de 1942, y Wilhelm Reich en la prisión de Lewisburg, Pensilvania, el 3 de noviembre de 1957.

Los casos citados son, ciertamente extremos, e incluso se los podría calificar como productos de una etapa primitiva de la psiquiatrización forzosa. En la actualidad somos testigos de dos fenómenos paralelos: de un lado lo que Jacques-Alain Miller ha denominado *el desorden de lo real*, caracterizado por un estallido generalizado –especialmente en Occidente– de los paradigmas socioculturales, con especial incidencia en las estructuras familiares, y por otro la imposición de un modelo de felicidad colectiva que rechaza no sólo el sufrimiento, sino el más ligero contratiempo que aparezca como un obstáculo a los deseos.

En el cruce de estos fenómenos se ha instalado, para reinar como proveedora de sentido, la ideología cientifista, para explicar que las causas del padecimiento son biológicas y que el desequilibrio químico del cerebro tiene remedio... farmacológico. Dado que el umbral de la tolerancia a la frustración está bajo mínimos en el sujeto contemporáneo, ya no se considera que estar triste, ansioso, descontento con su partenaire, o con el trabajo, son cosas que le ocurren a cualquiera a lo largo de la vida, sino situaciones insoportables que necesitan una solución médica. Eric Laurent comentaba que el discurso capitalista produce un sujeto más vinculado a su angustia que a su prójimo. Angustia no ante la muerte, sino frente al goce articulado de lo vivo, angustia frente al goce del Otro, con la consecuencia de generar un “individualismo de masa”, sujetos encerrados en modos de vivir múltiples, pero solitarios.

Es posible que en un futuro los neurobiólogos y neuropsiquiatras descubran cómo funciona el cerebro en los humanos, pero el cerebro no es la mente, y la subjetividad de cada época, como la de cada sujeto, exige escuchar, dar lugar a la palabra, que no aparece en las tomografías ni en los escáneres cerebrales. Y dar y darse tiempo, para lo que es imprescindible en primer lugar que se quiera entender a la gente en lugar de derivarla a la farmacia o a distraerse en el supermercado para combatir el malestar.

Valladolid, 13 de mayo de 2016

¿Es la psiquiatría un discurso disciplinario? Los problemas de la psiquiatría con el amor

Jesús Rodríguez de Tembleque Olalla. Psicólogo clínico
Cádiz

Correspondencia: jrodriguezolalla@gmail.com

INTRODUCCIÓN

He titulado mi intervención *¿Es la psiquiatría un discurso disciplinario? Los problemas de la psiquiatría con el amor*, porque creo que ahí residen dos claves para comprender el título de esta mesa: *Poderío e impotencia de la psicología y la psiquiatría*. En relación al poderío considero el estatus de disciplina como rasgo principal, la impotencia queda ilustrada en los problemas que la psiquiatría y la psicología actuales tienen con el amor.

Por tanto, la conclusión es obvia: sí, la psiquiatría es un discurso disciplinario. Pero es un discurso disciplinario porque el amor le da problemas. Trataré entonces de argumentar esta conclusión y de explicar la lógica invisible que subyace a esta cuestión.

I

Cuando hablo de disciplina, tomo este término enteramente en sentido foucaultiano. En su obra *Vigilar y castigar*, Michel Foucault define las disciplinas por el trabajo que, en nombre de un saber determinado, estas realizan sobre el cuerpo humano y por los efectos que consiguen de dicho cuerpo¹. Por tanto, el objeto de estudio y el ámbito de aplicación de las disciplinas es el mismo: un cuerpo humano.

¹ FOUCAULT, M. *Vigilar y castigar* (2009). Ed: Siglo XXI, p. 141: "A estos métodos que permiten el control minucioso de las operaciones del cuerpo, que garantizan la sujeción constante de sus fuerzas y les imponen una relación de docilidad-utilidad, es a lo que se puede llamar las "disciplinas"".

Las disciplinas que pone en serie Foucault son la disciplina militar, la enseñanza escolar y la justicia aplicada al ámbito de la prisión. Pero también la psiquiatría es una disciplina, tal y como el propio Foucault muestra magistralmente en su curso de 1973-1974 *El poder psiquiátrico*². Los discursos actuales de la psicología y de la psiquiatría son el eslabón más nuevo de esta cadena disciplinaria que ciñe los cuerpos humanos.

Foucault muestra el método general de trabajo de las disciplinas sobre el cuerpo. Consiste en que estas obligan al cuerpo a realizar una serie de ejercicios repetitivos. Para desarrollar estos ejercicios, las disciplinas se valen de la utilización particular de cierto espacio (cuarteles, aulas, talleres de las prisiones...) y de la división exacta y controlada del tiempo (horarios perfectamente delimitados e inflexibles).

¿Por qué trabajan así las disciplinas? Porque obtienen del cuerpo dos efectos fundamentales. Por un lado, aumentan sus fuerzas, sus capacidades y, por otro lado, utilizan esa fuerza aumentada para acrecentar la sujeción del cuerpo al sistema de poder.

Cito a Foucault: “[las disciplinas] disocian el poder del cuerpo; de una parte hacen de ese poder una “aptitud”, una “capacidad” que tratan de aumentar, y cambian por otra parte la energía, la potencia que de ello podría resultar, y la convierten en una relación de sujeción estricta [...] La coerción disciplinaria establece en el cuerpo el vínculo de coacción entre una aptitud aumentada y una dominación acrecentada”³.

Es decir, la maravilla de las disciplinas reside en que a la vez que aumentan las fuerzas y capacidades del cuerpo humano, aumentan su obediencia. De esta forma las disciplinas consiguen cuerpos dóciles, cuerpos mejorados a la par que obedientes y amaestrados.

Al igual que ocurre por ejemplo en los cuarteles, donde las técnicas sobre el cuerpo se realizan en un espacio y tiempo propios, la psiquiatría también poseía sus lugares disciplinarios muy bien delimitados en los manicomios.

² FOUCAULT, M. *El poder psiquiátrico* (2005). Ed: Akal.

³ FOUCAULT, M. *Vigilar y castigar* (2009). Ed: Siglo XXI, p. 142.

Sin embargo, con la llegada de la reforma psiquiátrica y el cierre de estos establecimientos asilares podría parecer que la psiquiatría se tornara más humana, más comunitaria, menos disciplinaria.

¿Es esto así? Más bien parece que ha ocurrido un efecto paradójico.

Décadas después de la reforma nos encontramos con más dispositivos psiquiátricos que nunca (unidades de hospitalización, de rehabilitación, equipos de salud mental, comunidades terapéuticas, hospitales de día...). Junto a esta multiplicación de espacios donde la disciplina puede ejecutar su trabajo sobre los cuerpos, observamos que las personas consultan cada vez más en salud mental, las listas de espera se prolongan, y las citas de revisión –al menos en el sector público en la provincia de Cádiz– se intercalan en intervalos de un mes para los casos más graves y de siete o más meses para los considerados menos graves. Además, las personas reclaman continuamente guías, no de afrontamiento, sino de resolución inmediata de su sufrimiento. Todo ello favorece una cronificación sistemática de muchas de las personas que hacen uso de los recursos de salud mental.

Tenemos por lo tanto dos factores. Por un lado, la multiplicación de espacios donde, en nombre de un saber (en este caso psiquiátrico y psicológico), se posibilita la aplicación de ciertas técnicas sobre cuerpos humanos. Y, por otro lado, las demandas que las personas dirigen a ese saber psiquiátrico.

II

Es importante en este punto introducir un pequeño inciso antes de relacionar totalmente la disciplina con la salud mental de la actualidad.

Desde Lacan sabemos que lo que demanda la persona no coincide con lo que en realidad desea. El lenguaje es incapaz de hacer transparente el deseo de forma definitiva. Es por ello que cuando pedimos una cosa y la obtenemos, en realidad nunca es eso exactamente y debemos pedir otra cosa distinta. De esta forma, la demanda, impulsada por el deseo, se convierte siempre en una demanda infinita.

No obstante, el horizonte de esa demanda interminable siempre es el mismo para toda persona: una demanda de amor. Es decir, lo que nuestro deseo en su fondo anhela es que aquel al que dirigimos nuestras peticiones nos responda con un signo de amor.

La esencia del amor es ser siempre una nada. Por tanto, la demanda de amor es la petición de que el otro nos brinde un signo de esa nada. En otras palabras, la demanda de amor pide que el otro nos muestre su incompletud, su falta, y a la vez que nos desee. Es decir, la demanda de amor pide que el otro nos muestre su incompletud y su deseo de que nosotros seamos, siquiera brevemente, capaces y dignos de paliar esa incompletud. Eso es un signo de amor.

El amor, por tanto, lo entiendo como reconocimiento intersubjetivo, mutuo, ético; como acompañamiento del sufrimiento, el malestar o la locura; como la parcela más libre que se produce en una relación social mínima. Amor que entiendo a la manera de Carl Rogers, como aquello que no impone sino que permite desarrollarse al propio sujeto. Amor que entiendo a la manera freudiana, como aquello que posibilita al sujeto la reescritura de su propia historia. Amor que entiendo, en fin, a la manera de Lacan, como aquello que permite al sujeto construir, entender y modificar su propio saber.

Todas estas concepciones del amor necesitan obligatoriamente que en el otro al que nos dirigimos con nuestra demanda exista un espacio vacío, una falta, una incompletud, ya que si en lugar de nada encontramos algo (una imposición, un objeto o una corrección disciplinaria), veremos vedado nuestro acceso al amor, lo cual impedirá nuestro desarrollo como sujetos libres y deseantes.

Por lo tanto, si la demanda infinita tiene su horizonte en una demanda de amor y su punto de detención en un signo de amor, entonces el objeto o la situación que pedimos a través de las palabras no es lo que en verdad deseamos. Las demandas constantes de objetos o actuaciones pueden estar pidiendo en su fondo simplemente presencia, o nada más que silencio y escucha, o solamente que el otro no actúe, que no haga nada pero que nos acoja con calidez, con humanidad.

III

La psicología y la psiquiatría dominantes en la actualidad ignoran esta distinción crucial entre demanda y deseo. Al ignorarla, desconocen que la demanda continua que les realizan las personas, perfila en su interior la petición de un signo de amor. Debido a ello es justo que el amor provoca problemas a la psicología y a la psiquiatría. Y es en este punto donde el discurso psiquiátrico y el psicológico se hermanan con la disciplina entendida a la manera foucaultiana.

Al desconocer la distinción entre demanda y deseo, al desconocer que toda demanda pide en su fondo un signo de amor, la psiquiatría y la psicología sustituyen el amor por ejercicios, técnicas o fármacos.

Esta sustitución, tan sutil como radical, es la clave de todo lo que estoy exponiendo: la sustitución de amor por técnicas y fármacos convierte a la psicología y a la psiquiatría en discursos disciplinarios que ejercen su poder sobre el cuerpo, para mejorarlo y para amarrarlo, para curarlo y para potenciar su obediencia.

¿Cómo se ha realizado esa sustitución? ¿Por qué el amor ha cedido su lugar a la disciplina en la salud mental tanto en sus dispositivos como en las políticas asociadas a ella? Bueno, por su propia naturaleza, el sistema sanitario de salud mental está obligado a responder. ¿A qué responde? Responde a las demandas que los pacientes, las familias y las asociaciones le plantean. Pero hemos dicho que aunque el sistema dé lo que piden, inmediatamente le piden otra cosa, entonces el sistema de nuevo responde volviendo a dar algo en lugar de dar un signo de amor. Esta es la consecuencia de desconocer la distinción entre demanda y deseo: creer que cuando se pide, hay que responder dando algo.

Sin embargo, el desconocimiento entre demanda y deseo por parte de la psiquiatría y la psicología tiene su base no en una ignorancia estúpida, sino en un efecto propio de su discurso.

La psicología y la psiquiatría actuales detentan la posición de discursos científicos y, por ello, se definen como dueños de una verdad incuestionable y sin fisuras, es de ahí de donde toman su poder. Por tanto, ¿cómo van a ser capaces

la psicología y la psiquiatría de dar un signo de amor? Un signo de amor implica que alguien (sea una persona, sea un discurso) muestre que está incompleto y, precisamente por ello, desea al otro, lo desea para que lo complete. Si los discursos de la psicología y la psiquiatría actuales se fundan en no mostrar su brecha, su fractura, su incompletud –porque perderían su poder –, entonces les resulta imposible por estructura ofrecer un signo de amor.

No obstante, las personas, las familias y las asociaciones en realidad están pidiendo eso, un signo de amor, un signo de reconocimiento, un signo de que el sistema no puede responder a todo. Muestran esta petición de un signo de amor demandando más y más. Cuanto más les da el sistema, más demandan ellos, ya que no encuentran el signo de amor que detenga esa demanda.

En este abismo de demandas infinitas, la psicología y la psiquiatría responden con protocolos y consejos sanitarios como forma de satisfacer estas demandas y, a la vez, como forma de detenerlas. Al responder de esta manera, los discursos de la psiquiatría y de la psicología se han transformado en disciplinarios.

Han sustituido la falta de amor y acompañamiento por una vigilancia cada vez más estricta, fundada en la aplicación de técnicas sobre el cuerpo, las cuales, a la vez que curan y mejoran, vuelven a las personas más obedientes.

Ejemplos de esto son los incesantes protocolos para niños hiperactivos, para intervención precoz en psicosis, para escuelas para padres, para sobrepeso en la infancia, para trastornos de personalidad en la adolescencia, para el autismo, etc. Protocolos todos ellos basados en tratamientos compuestos de fármacos y de técnicas cognitivo-conductuales que educan el cuerpo y la psique a través de ejercicios, registros e instrucciones.

También es destacable como ejemplo de esta sustitución la sobrecarga de actividades y talleres con las que los dispositivos de rehabilitación o los programas sociales cargan a sus usuarios (psicóticos la mayoría), basados tanto en mantener el cuerpo ocupado como en educarlo.

Esta sustitución de amor por protocolos, técnicas, fármacos y la vigilancia que conllevan ha convertido a la psiquiatría y a la psicología de la actualidad en disciplinas tal y como las concibió Michel Foucault.

La psicología y la psiquiatría ejercen su poder sobre los cuerpos de los que atienden. Utilizan un espacio propio (hospitales, consultas externas, centros de rehabilitación...) que permiten un empleo del tiempo específico y reglado para la aplicación de técnicas (ejercicios terapéuticos repetitivos, fármacos, talleres ocupacionales...), con el fin de modificar ese cuerpo y tratar de obtener de él un supuesto aumento de sus capacidades (curación, mejoría o desarrollo), a la par que aumentan la fijación de dicho cuerpo al sistema (aumentan su dependencia a la salud mental, a su facultativo o a sus fármacos).

Creo que se hace evidente cómo la psicología y la psiquiatría de la actualidad cuadran perfectamente con el esquema de las disciplinas que describió Michel Foucault y que he comentado al principio de mi exposición.

IV

RESUMO PARA FINALIZAR

La petición de amor que siempre subyace a cualquier demanda provoca problemas a la psiquiatría y a la psicología como discursos de saber que basan su poder en la defensa de una verdad absoluta y sin grietas. Estos discursos no se pueden permitir mostrar sus brechas porque perderían su poder; por ello, no pueden dar ese signo de amor que se está pidiendo, ya que para que exista el amor es imprescindible la explicitación de una brecha, de un hueco. Pero estos discursos tienen la obligación de responder a todas las demandas, y lo hacen dando protocolos, vigilancia y técnicas.

Así, la psicología y la psiquiatría han sustituido lo que no pueden dar (amor) por lo que sí pueden ofrecer (técnicas sobre el cuerpo en nombre de un saber). Esta sustitución de amor por técnicas sobre el cuerpo en nombre de un saber es lo que convierte a la psicología y a la psiquiatría actuales en disciplinas del biopoder.

He aquí pues de qué forma el poderío atroz que la psiquiatría y la psicología detentan en su quehacer disciplinario no es más que el alarido ensordecedor de la impotencia más brutal, provocada por la petición de amor y la incompletud que este siempre exige.

Lo que no podemos

Javier Carreño Villada. Psiquiatra. Psicoanalista
Vigo

Correspondencia: jonhybenitez@yahoo.es

Puestos a hablar sobre el poder, en estos días, que mejor cosa que hablar del caso clínico de Podemos y del caso clínico de la corrupción. Viñetas-síntomas de nuestra realidad más cotidiana que nos viene al pelo en estas jornadas. Como punto de partida voy a desarrollar una breve reflexión previa publicada en la revista digital CTXT con el nombre de “En defensa de los malvados” al hilo del poder y de su reverso que es la corrupción. Aprovecho además este momento actual de España en el cual todos sabemos mucho de corrupción y de Venezuela para hablar sobre populismo, hegemonía, psicoanálisis y por supuesto, en relación a esta mesa, de psiquiatría. Y es que parece que existe una fiebre de improperios en torno a los políticos que se han beneficiado de su posición. Un aluvión de titulares, artículos, documentos y papeles que hablan de los corruptos. Son unos canallas, unos ladrones, unos desalmados, unos chorizos y en definitiva unos hijos de mala madre. Desde la tribuna, nunca objetiva tampoco de la psiquiatría, parece como si se hubiese levantado una epidemia de psicópatas. Como si de repente estuviésemos gobernados por lo que ahora se llama el trastorno antisocial de la personalidad. Personas malvadas que sólo buscan su beneficio propio y no tienen ningún tipo de escrúpulo a la hora de hacer realidad sus goces autoeróticos.

Sin embargo escuchando y leyendo el relato de los imputados, personalmente, me produce otra sensación. Como si se hubiese destapado una plaga de debilidad mental. Todos estos sujetos repiten a menudo el mantra de “a mí me dijeron que se hacía así” o “fueron órdenes de arriba” o “es el funcionamiento normal de un banco”. Incluso peor dice uno “no es ético

pero es legal”. En realidad muchos están todavía estupefactos y verdaderamente creen en su inocencia. Una inocencia no del orden de la ley sino de lo consuetudinario. Son personas, en muchas ocasiones, que creían que el rey no estaba desnudo; que si se hace así, se hace así; que lo hace todo el mundo, que no es un delito. Y es verdad, lo hace todo el mundo especialmente en España. Se trata pues de una forma de gozar, de una forma de hacer en lo social. Todos conocemos amigos, primos, cuñados que eliden la ley de una u otra manera: facturas sin IVA, declarar a nombre de otro, vender puntos del carnet de conducir, trucar la moto, convertir un galpón en una mansión o mariscar sin licencia. Y, en general, los aplaudimos (salvo que tengas un asesor como el mío que es la señorita Rottenmeier). Solemos decir al infractor que es un figura, qué bien te lo montas y a ver cuándo me llevas en tu barco.

Digamos que el ideal de goce de nuestra sociedad es “engaño a la ley y lo disfruto” o más psicoanalíticamente “yo soy el único que está más allá de la castración”. Es una suerte de oda al listillo. Hasta que llega la crisis financiera y el rey está desnudo. El rey no manda, mandan los mercados y hay que buscar culpables para poder sostener nuestra frágil identidad. Aparecen los significantes flotantes de los que hablaba Laclau “la casta” “los recortes” y “la dación en pago”. El rey, el amo se resiste y contesta “reestructuración”, “populistas” y “prima de riesgo”. Pero el rey ya anda cojo (y campechano) y nos planteamos si la tan manida transición del 78 quizás no fuera el mismo perro con distinto collar. La hegemonía cambió o simplemente se huyó hacia delante. Quizás en la transición no fuimos francos queriendo no ser franco. Los apellidos eternos de la dictadura sobrevivieron y los nuevos socialistas cambiaban de coche, de traje y de mujer como se decía en los 80. ¿Fue nuestra naciente democracia simplemente un cambio de cromos? Y todo indica que sí que en realidad no pasó nada, que seguimos anclados en la debilidad mental que supone cualquier dictadura (incluso las democráticas). Un amo y una forma de gozar. Papá y hacerle trampas. El propio 15-M fue, como Mayo del 68, un “ustedes quieren otro amo” que le decía Lacan a Daniel Cohn-Bendit. No cambiar nuestro discurso sino cambiar al amo por otro más guapo, más majete y que solucione los problemas.

Pero en medio de todo esto aparece otro síntoma que hace lazo con la corrupción y es Podemos. Podemos que empezó como un experimento universitario de fanáticos de Gramsci y Laclau se convierte de repente en algo que mira al amo de tú a tú. ¿Cómo se produce esa transferencia de poder? ¿Como se distribuye el poder? ¿Es posible el cambio de discurso? ¿Podemos o no podemos? Además es curioso esta cuestión de los nombres. Todos los nombres de partidos políticos hablan de su falta. Por ejemplo el partido popular es de todo menos popular, el PSOE como decía Krahe ni es socialista ni es obrero, ni español sino americano también. Izquierda Unida está de todo menos unida y Podemos? Ese es el drama ¿Podremos? Para cambiar el discurso, la forma de hacer lazo social, el poder y su distribución en definitiva, se necesita tiempo, educación y cultura y ¡ajo! Necesidad y demanda.

Podemos sabe que gran parte de esto está por llegar. La educación y la cultura, la capacitación de los sujetos, el cambio del discurso no se construye con un logo y un programa en la TV. Lo que si existen de momento son las demandas. El nuevo partido opta por la salida reformista, la de hacerse dueños del sistema para cambiarlo. Son Gramscianos en esto, buscan convencer, aleccionar como los viejos comunistas pero desde la transversalidad y desde este postmarxismo lacaniano de Laclau, que propone el populismo como forma de vertebrar la izquierda después del comunismo y como forma superadora de la masa acéfala de la que habla Freud en *Psicología de las masas y análisis del yo*. Es curioso que el populismo, tan criticado por los medios y la sociedad, es para los teóricos postmarxistas especialmente para Laclau una fórmula innovadora y progresista. Su discípula Nora Merlin indaga en *Populismo y psicoanálisis* en esta diferencia buscando la realidad del cambio. Dice: “no se trata de la identidad alcanzada por la identificación y obediencia al líder, sujeto y amo de la palabra que profiere mandatos e imperativos, sino de la conseguida a través de la articulación de demandas de sujetos que piden una inscripción”. Abundaremos un poco en esta diferencia. Freud en su artículo *Psicología de las masas y análisis del yo* afirma que “las masas son grupos humanos hipnotizados de bajo rendimiento intelectual que buscan someterse a un líder poderoso que les domina por sugestión.” Se trata de un lazo libidinal e imaginario de identificación. No se trataría de representación. Son mecanismos que también concurren en el enamoramiento, la hipnosis y el fanatismo religioso, añade Merlin. Freud insiste “una masa de

esta índole es una multitud de individuos que han puesto un objeto, uno y el mismo, en el lugar del Ideal del yo". A su vez, Lacan en el *Seminario 9 La identificación*, habla sobre este S1 insignia que es el líder. Es una bandera, un color. El líder como un significante que reduce al otro en la identificación, porque no hace sentido con un s2, no representa al sujeto para otro significante. En definitiva, no hay dialéctica, no hay lazo ni sentido. Lacan decía también que el inconsciente es la política. Explicitaba que el inconsciente es el discurso del amo. Un discurso construido con significantes, con s1-s2 articulados y que deja un resto, un objeto a. En otras palabras, en todo grupo social están muy presentes ciertos significantes. Si se lían con esto piensen en estos significantes como lo que tiene valor lo fálico (una definición de Chús Gomez). Por ejemplo en Castilla el vino, la tierra, la sobriedad, la austeridad son los S1 pero hay un resto siempre como puede ser el honor o el goce de la renuncia, el silencio, la pasión por cierto hieratismo. En Galicia hablan de otras cosas, las lindes, la comida, el "come filliño" y hay un resto también la paranoia, la desconfianza... Ningún discurso completa totalmente al individuo porque el Otro está barrado, nunca estamos en la plenitud de identidad y de identificación con nuestro entorno. Pero este discurso hace lazo y nos une en la diferencia individual.

Y para sostener esto de los discursos, para representar la insignia está el líder. El líder como hemos dicho se articula de dos maneras que a veces se rozan. Por un lado la que hemos hablado del líder al que te identificas ciegamente porque sueñas que anula la división o el líder del populismo de Laclau. En el populismo podemita el líder aparece como uno más dividido, sometido a sus interlocutores que lo avalan, sometido a sujetos que buscan inscripción. Es capaz Pablo Iglesias incluso de ofrecer su renuncia para que Pedro Sánchez y Prisa estén tranquilos. También su presencia está en función de la capacidad de vehicular unas demandas que son dinámicas y heterogéneas. Se trata de incluir el imposible de todo discurso humano. La asunción de que detrás de una palabra, una demanda, una queja siempre hay otra o como dice Lacan ninguna significación es absoluta ni abarca lo real. Por supuesto los fenómenos de libidinización del líder y de investidura narcisista también concurren en este populismo soñado por Laclau. Véase si no el caso de Chávez donde es muy difícil ver la delgada línea entre la revolución bolivariana, la hegemonía popular articulada desde las demandas

de un pueblo necesitado y ese líder absoluto que precede a los estados totalitarios como bien les gusta recalcar a Felipe González y asociados. El caso es que Podemos desde una estudiada apuesta por la representatividad y la dialéctica se han colado en nuestras vidas y se han puesto a la altura de los tiempos: marketing, logos, twitter, televisión y difusión audiovisual. Y sueñan con crear un sujeto ciudadano libertario. Para lograr ese objetivo hay que contar la verdad sin ambages y devolver a los ciudadanos la responsabilidad de lo que pasa en su barrio, su ciudad y su país. Imprescindible primero, para que pueda elegir y no simplemente sobrevivir, para que las demandas sean atendidas: salud y educación. Pero hay un miedo que nos asalta desde el espejo. ¿No será lo público, eso que nos devuelven, algo para usar, malgastar y corromper? La derecha no lo dice nunca pero conciben al ciudadano español como un estafador y un malversador de lo público. Un jeta que no quiere ir a trabajar. Es el retorno de lo reprimido que diría Freud. Ven a Rato, Bárcenas y compañía en el resto de los españoles. Los mendigos, los parados, los inmigrantes, los que se acogen a los servicios sociales son, para la derecha, el negativo popular de los invitados a la boda de la hija de Aznar. Y no andan del todo desencaminados. El estupro, el nepotismo y la corrupción forman parte de todos nosotros. La única diferencia es que los pobres no tienen otra opción y menos si el amo lleva desde el 39 (quizás desde el medievo) planteando la misma forma de distribuir el poder. Curiosamente los grandes psicópatas, grandes concedores de la ley, normalmente no son atrapados (Rato sí de momento). Operan siempre desde el lugar de Vice X, de asesor, de contacto, de instigador y de fondo de inversión. Dejan siempre la primera plana para el débil mental, para el que articula su voluntad en función de lo que digan los otros. Se podría decir que la psicopatía y la debilidad mental son sistémicas en este mundo capitalista. Triunfa el asocial, el nihilista, el que no tiene ataduras, el que utiliza lo social, el que es capaz de vivir sin el lazo con el otro. También tiene su lugar el que hace lo que le dicen y no se cuestiona nada. Es una especie de mundo amo-esclavo donde el amo no necesita al esclavo y el esclavo no cuestiona al amo.

¿Es Podemos la solución? ¿Es Podemos el haloperidol de la corrupción? Todos los partidos preconizan el fin de la corrupción. En Podemos lo incluyen en su estructura, no cobran de más, no negocian con bancos, viajan

en turista, exhiben sus cuentas, etc... pero eso no es suficiente. Es importante que el negocio salga de la estructura pero estos gestos entran dentro de la serie de los semblantes, siempre que hay una ley y una trampa que se dice. Y es que hay algo en la corrupción que tiene un carácter más profundo y estructural y que tiene que ver con esta variante única y bizarra del discurso del amo que es el discurso capitalista. En estos momentos el verdadero poder. Un poder acéfalo ya que no hay un rey claro al que pedir cuentas. Se trata de un circuito de varias empresas multinacionales con un objetivo. Beneficios. Y una trampa, los sujetos ya no son proletarios son consumidores así que tampoco los queremos muertos de hambre. El orden de las demandas no puede estar muy cerca de la necesidad porque si no hay revueltas. Es lo que Collete Soler llama “todos proletarios de goce”. Ya no hay clases, hay consumidores. Cristiano Ronaldo y usted tienen el mismo móvil y seguro que no comen muy diferente. O como Donald Trump que lo que le gusta es comer hamburguesas. La eterna dialéctica amo-esclavo se ha convertido en una suerte de esclavo1-esclavo2. Pero curiosamente esto ha levantado una epidemia no solo de corruptos sino de malestar. De depresión, angustia y suicidio.

La psiquiatría muy a la forma del amo difuso este del capitalismo se encuentra acéfala y desnortada y concurren en ella intereses económicos y de poder como nunca antes existió en la historia de la medicina. En consecuencia propone una oferta que va de la mano del discurso capitalista. Y esta es: si el sujeto no es feliz es que está enfermo. Y si hay falta hay un producto que obtura esto. Esto se decora con el texto de “alteración en la esfera personal, social, laboral que dura más de x meses” o días si estás muy loco. Es un pequeño detalle pero la esfera es un concepto que encierra geoméricamente todo un espectro de dominación. Dentro de esta psiquiatría los hay más delirantes y menos. Entre los más delirantes, a mi entender, está el ultimo DSM V que cabalga sobre los sistemas de salud con 300 y pico enfermedades muchas nuevas como el riesgo de psicosis o el trastorno bipolar pero poco. Otros, más vieja escuela intentan agrupar diagnósticos en bloques, dimensiones y apartados. Reniegan del DSM V pero les parece bien el DSM II o el IV que es lo mismo pero menos. Pero la idea es la misma, los sujetos no están bien y es una enfermedad. Y además biológica en la mayoría de los casos. Pero en realidad el malestar es una enfermedad del

poder y de su distribución. Es como en la Rusia comunista que los intelectuales eran diagnosticados como dementes por sus ideas y enviados a un *koljós* a Siberia para, desde la necesidad más absoluta, entender lo que es ser un proletario y que se les curasen esas ideas capitalistas. Pasa a día de hoy con el mantra de Podemos es ETA. ETA como la enfermedad, ETA como el verdadero enfermo psicópata. Si pudieran existiría el trastorno podemita de la personalidad. Eso sí contrataríamos con el trastorno capitalista de la personalidad. Pero volviendo a la cuestión del poder. La psiquiatría es poder, es la mano normalizadora del discurso dominante. Y El poder no es más que el destinatario de un tipo de discurso, de una forma de hacer lazo social. El poder es un lugar lógico. Es una bisagra articulada para que las cosas funcionen. Y en los tiempos estos hiperdiagnósticos que nos tocan vivir el poder está de la mano del discurso capitalista. Los hacedores de objetos, los especuladores bancarios y las grandes compañías de cosas son los que tiene realmente el poder. Una suerte de reino de taifas con cuatro o cinco molotes intocables. Esto no es la primera vez que ocurre en la historia, es el discurso del amo-esclavo pero el capitalismo especialmente en su formato neoliberal supone una variante que enferma a los sujetos. Acudo aquí a buscar la ayuda de la psicoanalista Collete Soler para explicar que supone el capitalismo para los sujetos y por qué enfermamos y nos corrompemos de esta guisa tan actual, dice Soler: “cada discurso, aquello que llamaba Freud la civilización, construye un tipo de lazo social; digamos, una pareja tipo, el amo y el esclavo, el profesor y el estudiante, la histérica y su amo, el psicoanalista y el psicoanalizante. Nada parecido hay en el discurso capitalista científicista” ... “construyen un solo lazo, muy poco social entre el individuo y los productos, indiferente como es a los asunto del amor discurso que avanza hacia una fragmentación y una inestabilidad crecientes de los lazos sociales y deja a los individuos cada vez más expuesto a la precariedad y la soledad”. Entonces si no hay más allá, si no hay deuda simbólica, lazo, inscripción la corrupción es el goce solitario más lógico. Es casi una defensa.

Puestos ya como estamos en este caso clínico de la corrupción y de Podemos habría que investigar en la etiología. El psicoanálisis es un gran instrumento para describir y colegir causas y consecuencias. Su ojo abarca la realidad y la resume en conceptos de gran calado pero no nos explica el capitalismo

¿de dónde sale el discurso capitalista? Afinando, ¿de dónde sale esto que llaman el neoliberalismo tan imperante hoy y que condiciona todo estos fenómenos? Me serviré aquí de la ayuda de David Harvey en su libro “*Breve historia del neoliberalismo*” para apuntar rápidamente un par de cosas.

Este autor sostiene que y cito textualmente “la reestructuración de las formas estatales y de las relaciones internacionales después de la segunda guerra mundial estaba concebida para prevenir un regreso a las condiciones catastróficas que habían amenazado como nunca antes el orden capitalista en la gran depresión de la década de 1930”. En 1953 dos eminentes sociólogos Robert Dahl y Charles Lindblom en su texto *Politics, Economy and Welfare*, plantean que “tanto el capitalismo como el comunismo en su versión pura habían fracasado. El único horizonte por delante era construir la combinación precisa de Estado, mercado e instituciones democráticas para garantizar la paz, la integración, el bienestar y la estabilidad”. De ahí surgen la ONU, el FMI, el Banco Mundial y todas las políticas keynesianas encargadas de la intervención pública en los mercados. Modelo creado para asegurar el empleo y el bienestar. Se recurría a la planificación estatal y a la intervención de los sectores clave. Esto duró hasta los 70, ahí la acumulación de capital y la porosidad financiera internacional hicieron que el dólar fluyese sin control por el mundo y el patrón oro decayese como tope. Si los dólares vagaban sin control, el oro de cada país ya no podía responder ante los dineros que se movían más allá de sus fronteras. Se podría decir que la barra de oro barraba al otro. Había un tope de dinero. Al no haber tope de dinero, no hay límite de deuda, se privatizó la reserva federal y a partir de este momento, hablando claro, ya no hubo nadie al volante. Ya sólo se puede quitar a la gente su dinero y que les parezca de sentido común. Como decía Margaret Tacher “la economía es el método, el objetivo es cambiar el alma” Y refrendaba Reagan “Tacher es nuestro mejor hombre en Europa”. En palabras de J.A Miller la época del Otro que no existe empieza aquí. Aquí empieza el neoliberalismo. El dinero ficticio se ha cuadruplicado en los últimos 20 años, el mundo es una especie de Panamá gigante y esos dineros exigen ser conservados y aumentados. Las élites económicas controladas durante el *new deal* americano y reducidas a un 1% en esta época comienzan aquí una expansión y una aprensión de efectivo que condicionan toda la política en el mundo. China, México,

EE.UU, Gran Bretaña, Rusia poseen una élites oligarcas dueñas de la mayoría de los productos y productores circulantes. No son las mismas élites que quedaron después de la segunda guerra mundial. Son las que se adaptaron al mundo de las finanzas y las nuevas élites creadas al amparo de la especulación y la corrupción. Es por tanto un sistema de pequeños condes medievales donde nadie sabe quién es el conde. Me permiten este chiste ahora de que el conde se esconde. Es más, esta recua de condes nos hace creer que elegimos al rey que no es más que un bufón débil mental con el que identificarnos. Pero no lo eligen ellos. No es un sistema de secretos y de conspiraranoia, no es necesario. La masa freudiana presa del miedo va votando a los que le aseguren un poquito menos de lo de siempre. Es la hipnosis del amo antiguo que cuidaba de sus vasallos. Es el rey desnudo. El caso de Rajoy es palmario. Rajoy es ese señor mayor que viene en Navidad que no sabes muy bien que parentesco tienes con él pero que se le ve buena persona, sin malicia, no muy listo pero guardián de las buenas costumbres. Es curiosamente un salvaguarda del amo antiguo cuando las cosas funcionaban. Otros líderes mundiales representan ese tipo de valores. El caso es que desde los 90 todos los países que han seguido las órdenes del FMI y los mandatos del banco mundial han aumentado sus niveles de desigualdad y pobreza. Han generado élites y corrupción y han perdido recursos públicos. (David Harvey os explica todo esto profusamente con miles de estadísticas y tablas).

Esto nos deja una cuestión muy intrigante. Entonces todas estas cuestiones de los significantes, de Laclau, del discurso del amo ¿son al final una cuestión materialista? ¿Élites guardando sus dineros? Gramsci, adalid o punta de entrada del postmarxismo ya decía: “las fuerzas materiales son el contenido y la ideología la forma”. Eso sí añade “las fuerzas materiales no se pueden concebir sin forma y las ideologías serían caprichos individuales sin las fuerzas materiales”.

Voy a concluir volviendo al psicoanálisis desde este espinoso asunto de lo material. Es un asunto peliagudo ya que el psicoanálisis se separa en Lacan del materialismo antropológico y social cuando hunde sus raíces en el estructuralismo de los 50. El caso es que para preparar esta charla he estado bebiendo de un libro que en mi opinión resulta imprescindible para los

lacanianos y especialmente para los *haters* de Lacan. Se trata de *El ultimísimo Lacan*, de Jacques Alain Miller. En este texto vemos a un Miller desolado, encabronado por momentos, que nos confiesa las dificultades que tiene para seguir a su maestro en esta última época de su enseñanza. Nos habla Miller de un Lacan que deja perlas del estilo “el psicoanálisis es una suerte de charla”, o “hubo una época que deliré con la lingüística”, “hay que elevar al psicoanálisis a la dignidad de la cirugía” “el análisis como un corte”, o mejor “cansado de estos asuntos de familia” o esta que nos interesa sobremanera “entre locura y debilidad mental lo único que nos queda es elegir”. Miller nos habla de un Lacan “en el momento de concluir”, de un Lacan que habla del contrapsicoanálisis, de un Lacan que está aburrido del psicoanálisis. Esto para los psicoanalistas dogmáticos aferrados a la biblia es un infierno. Es un Lacan que ve al psicoanálisis cercano a la magia, a las sectas. Se podría decir que está cansado de sí mismo. Pero Miller, por supuesto lo sigue rescatando. Y rescata una frase que nos interesa al hilo de esto de lo material. Dice Miller: “hay un saber simbólico”. Añade: un saber de los significantes flotantes, un saber de las imposturas políticas, un saber del tele-diario. Hay además un capital simbólico que dice Pierre Bourdieu que el capitalismo mina y destruye, pero hay también un saber en lo real “Es el saber de las cosas que saben cómo comportarse” dice Lacan. Añade Miller. Las cosas saben cómo comportarse y no hablan. Sólo se habla cuando no se sabe cómo comportarse. Es como el acto continuo de los animales no domesticados. Es un saber del que no nos hablan. Es la biología. Es el materialismo. Y es que ante la necesidad el hombre enmudece. Es la decapitación de Luis XVI y de María Antonieta porque no hay pan. Es la vida de Samba, un amigo senegalés con el que jugaba al fútbol, se moría de risa cuando le contaba que era psiquiatra y que había gente que no trabajaba porque estaba triste. Es esa risa del que ha vivido en la necesidad. Él trabajó desde los 6 años para comer. Otro ejemplo; le preguntaba yo inocente a Pepe Eiras hace años al hilo de los asesinatos diarios en la ciudad de El Paso, cómo sería la neurosis mexicana en esos sitios. Cómo se articula una historia individual en medio de un conflicto económico legal pero ilegal. Pepe, sabiamente me dijo, es que ahí no hay neurosis. Solo se sobrevive. Las demandas son la articulación de una necesidad. En esa articulación hay lenguaje y eso hace al hombre loco, la necesidad en cambio no admite dudas. Nos movemos no

en el ámbito de la certeza psicótica sino en el campo de la certeza del cuerpo de un inconsciente real, un inconsciente que no habla. En la demanda siempre se filtra la demanda de amor. Toda demanda es demanda de amor que decía Lacan. En la necesidad no. Las fuerzas materiales que dice Gramsci son capaces de reventar cualquier ideología si son llevadas al límite. Es el Marvin Harris de cada día. Lo real que no habla del psicoanálisis pertenece en parte al orden de la necesidad, de la necesidad de los cuerpos. El dinero, la acumulación de capital es el cortocircuito de la demanda. Es el enlace directo y furtivo con la necesidad. Esa es la verdadera toxicomanía del discurso capitalista, el punto de fuga como discurso y el gran señuelo del neoliberalismo. La ensoñación del fin de las demandas, la posibilidad de vivir sin amor, sin historia, sin filiación. Esto nos lleva a nuestro caso clínico, a nuestro síntoma Podemos. Podemos surge articulando demandas. Pero demandas que surgen de la necesidad. Pobreza, desahucios, preferentes, paro y suicidios. Ese pedacito de real sin el cual nada sería posible. En UPyD todavía se dan cabezazos contra la pared. ¿Cómo nos pudieron pasar por la derecha y por la izquierda? Por la necesidad. UPyD ya denunciaba corruptos pero a nadie le importaba, UPyD era innecesario. Era una veleidad de los tiempos en los que el rey no estaba desnudo.

COMO CONCLUSIÓN:

La psiquiatría es una sierva del poder y no hay que hacerle mucho caso. Para los que nos interesa saber y las raíces de las cosas, la psiquiatría actual es un epifenómeno absolutamente prescindible. Nadie va a aprender nada leyendo el DSM V Otra cosa, como bien nos cuentan José María Álvarez y Fernando Colina en sus libros, hay que bucear en su historia para buscarle lo que sucede más allá del discurso imperante. Ese es el interés de la psiquiatría en torno al poder.

Respecto al psicoanálisis. El psicoanálisis sigue vigente como instrumento para pensar las cosas. Laclau, Jorge Alemán, Zizek dan buena cuenta de la utilidad de gran parte de las argumentaciones freudianas y lacanianas a la hora de pensar en torno al poder. Y no es sólo una cosa teórica. Podemos es buena muestra de ello.

La corrupción. No se trata evidentemente de una panda de hijos de puta desalmados si no de una forma de hacer las cosas. Presente en la dictadura franquista, presente en la Roma antigua, presente siempre de la mano del poder y vigente hasta nuestros días. Pero vigente al amparo de un contexto diferente, vigente en un discurso donde el amo es difuso, donde el agente y el objeto se confunden y donde todos somos libra de carne.

Sobre Podemos. Y ahora para acabar me voy a mojar un poco políticamente por si acaso no se ha notado ya.

El fin de la vieja política, de la corrupción institucional sólo vendrá merced a una apuesta por el error, por el desencuentro, por la verdad (aunque sea dolorosa) y por un ejercicio de honestidad más allá del rédito electoral. El psicoanálisis de Podemos como síntoma tiene que ver con la asunción de lo que no podemos. Como indica Lakoff se trata de cambiar el marco. Si pasas el día demostrando tu beatitud e incorruptibilidad ya estás dentro del sistema, ya estás hablando de la cosa, de lo insoportable de nuestra cultura, de esta división que tenemos todos. Si aceptas el rol, los cargos, las comisiones, los órganos de partido, los pactos, la gobernabilidad estás poniéndote el traje del emperador. Si apelas a una pequeña ventana en la historia, apelas a la oportunidad, al mercadeo y al truco o trato. Son quizás las mareas o los diferentes movimientos locales la respuesta a la respuesta. Cambiar el discurso no es a corto plazo, se trata de permanecer como alteridad, presentarse dividido pero honesto y en eso las mareas no tienen vergüenza. Las mareas son plurales, de convergencia, de discusión, democráticas hasta el paroxismo. Están llamadas a representar la división subjetiva entre el sueño del ideal y la corrupción que habita en todos. Cuanto más pequeño es el sitio, más uno por uno, más dialéctica, menos emblemas. Citando de nuevo a Lakoff el desgaste de Podemos tiene que ver con que han empezado a pensar en un elefante, es decir, han jugado a empatar, a entrar al trapo, a ser un partido, a agasajar a su electorado. También es verdad que no hay hambre del todo, todavía hay pan porque lo traen los abuelos. Es momento para que la nueva política apueste por el fracaso, por perder, por su no podemos, por ser fieles a su no saber. Sólo así, desnudos, podrán sustituir al rey desnudo.

Por último les recito unos versos de una canción de Antilopez, un grupo gaditano que resume mucho mejor que yo toda esta cuestión del poder. Como decía Freud, en su análisis de la Gradiva de Jensen, los artistas saben intuitivamente todos estos procesos que se juegan en el psicoanálisis.

ESPAÑA

España era un país rico porque rica era su tierra
España era un país puro porque puro es su candor
de jornaleros aciagos y estómagos en posguerra.
corazones con boina, almas sin ilustración
Y los hijos de los hijos de los hijos no han cambiado
sólo que ahora nos diluyen capital de posición
por eso hemos confundido la riqueza y el derroche
independencia con coches, sencillez con ocasión
La vela con la barquilla y el viento con la veleta
la clase con la chaqueta y el amor con amarrar
la tele con un amigo, discrepar con nominar
ser feliz o estar alegres con tener para comprar
Tener, tener, tener
tener es el principio del final del ser
Tener es el suplicio de final de mes.

Javier Carreño Villada, 9 de mayo de 2016

El poder de renunciar al poder

Fernando Martín Aduriz. Psicoanalista ELP-AMP

Palencia

Coordinador SCFCYL

Correspondencia: adurizconsulta@gmail.com

El psicoanalista, que cura menos por lo que dice o hace que por lo que es, dirige la cura, pero no debe dirigir al paciente, sino que tiene libertad para elegir el momento y el número de sus intervenciones, siendo menos libre tanto en su política como en su estrategia, manteniendo más margen en su táctica. Freud renuncia al poder, es decir a la sugestión, cuando percibe que el no uso de ese poder le permite mediante el artificio de la transferencia dirigir la cura sin responder a las demandas que el paciente formula, leyendo los silencios, leyendo entre líneas. Freud confía en una política del síntoma basada en su no supresión sin antes hacer hablar a ese síntoma para saber qué función ha venido a cumplir, reclamando a los psicoanalistas que se curen de su *furor sanandi*.

La dirección de la cura tiene un orden que va desde la rectificación de las relaciones del sujeto con lo real, hasta el despliegue de la transferencia que permite instaurar el poder de la interpretación. A su vez el sujeto también puede confiarnos sus cuitas si desde el primer momento de nuestros encuentros con él algo de nuestro decir (sea con palabras o gestos o silencios o artificios cualquiera) tiene la consistencia de una interpretación que abre la posibilidad de la transferencia y no que clausura. Un sujeto anoréxico me confió que fue la distancia física con su interlocutor lo que impidió que se instalara la transferencia, luego, ese modo de sentarse había funcionado como una interpretación previa. Por otro lado hay que recordar que en el comienzo existe la transferencia negativa, nombrado por Lacan como “acto inaugural de drama analítico”.

Nuestro poder de elección radica pues en escoger nuestras intervenciones. Recordemos que la no intervención es una forma de intervenir y que el simple acompañamiento o el mínimo acogimiento pueden tener esos mismos efectos de apertura del inconsciente, del inconsciente intérprete.

Lacan define como osada la interpretación en Freud. Creo que es buen término el de osadía, hoy que la clínica palidece bajo el peso del protocolo, esto es del muermo, del aburrimiento más absoluto, de lo previsible, frente a lo que podríamos denominar la *prudente osadía del clínico* que utilizaría el poder sólo a condición de renunciar al poder que vehicula la grosería del consejo moralizante, el insulto a la inteligencia que es la pauta, (ante la proliferación del pedido de pautas concretas creo que debemos ceder y dar una única pauta al comienzo de cada tratamiento: “Vd. nunca pida pautas”). No me olvido del ejercicio autoritario de por ejemplo los programas de eliminación de pensamientos, y por supuesto de la soberbia implícita del *tómese la píldora y calle*. Dejaré para otro momento el estudio de los entrenadores-psicólogos, forofos del culto a la personalidad.

Esa acción de someter la práctica clínica al dominio de uno sobre otro, por el mero hecho de que uno de los dos está enfermo, angustiado, sufre, o simplemente presenta un malestar difuso, (o está desbordado por una locura que no razona), muestra la agresividad del clínico no advertido de que la constitución del sujeto que habla conduce a la especularidad, a la rivalidad imaginaria, al enfrentamiento. A la lucha por el poder. Es por eso que renunciar al poder, no entrar a la seducción de esa lucha por puro prestigio, tan cara al obsesivo como a la histérica, tan buscada por el enfermo de amor propio, como constituyendo parte del ingrediente de los juegos de ocultamiento y prestancia del psicótico, especialmente del paranoico, renunciar al poder nos lleva precisamente a utilizar los resortes del poder de la cura, sin otro fin que obtener la diferencia absoluta, la máxima singularidad, el núcleo inimitable de cada uno. Renunciando al poder podemos, curiosamente, mostrar que hay lo incurable en cada uno de nosotros, y que si cada uno puede inventar algo a hacer con eso que es incurable, paradójicamente eso es lo que va a permitirnos una salida a los *impasses*.

Nuestra abstención en la vida del sujeto, en su realidad, cuando constante-

mente se nos invita a decidir, declinando esa invitación cortésmente no sin solicitar el concurso inventivo del propio sujeto, renunciamos al creciente poder habitual que usan el psiquiatra y el psicólogo desorientado de nuestro tiempo, empeñados en insuflar su pequeña idea de lo que hay que hacer en el mundo para ser feliz. Olvidan así ese aserto de Michel Foucault cuando advierte en su Curso sobre el Poder Psiquiátrico¹, «*el poder no es nunca lo que alguien tiene, y tampoco lo que emana de alguien. El poder no pertenece ni a una persona ni, por lo demás, a un grupo; sólo hay poder porque hay dispersión, relevos, redes, apoyos recíprocos, diferencias de potencial, desfases, etc. El poder puede empezar a funcionar en ese sistema de diferencias, que será preciso analizar*».

Ese poder apoyado unas veces en el *common sense*, es decir en su sentido común, consiguiendo hacer enfermar de sentido, pero también en los supuestos consensos culturales o en los relatos imperantes en cada momento, abarcando las múltiples facetas del vivir y del malestar en la cultura. Ora señalando lo desaconsejado de una relación amorosa, (cuando no pasándose abiertamente al mundo de la casamentería, argumentando quién es el *partenaire* adecuado para el sujeto que le consulta); ora efectuando consejos financieros; ora aconsejando acerca de la estética corporal diciendo a sus pacientes si son o no feos, si son o no obesos, si deben de comer o beber y otros placeres y cuánto; ora opinando si han elegido correctamente o no su orientación sexual, religiosa, incluso su opción política; ora opinando alegremente acerca de su elección de terapia, complementaria a la medicación generalizada del momento, en función de si esa terapia es cara o barata, larga o corta; y por último, pocos se sustraen a la tentación de usar su poder acerca de lo que sus enfermos deben hacer para educar bien a sus hijos, sacando adelante el pedagogo que todo psiquiatra desorientado lleva dentro. Se constituyen así, día tras día, en los nuevos propagandistas del ideal correcto: el suyo. Usar así el poder puede ser muy gratificante para el psiquiatra o psicólogo, igualando sus interpretaciones con sus actingout, pero de lo que es seguro es de que no nos aporta nada en materia de la cura del sujeto.

¹ FOUCAULT, M. *El poder psiquiátrico*. Madrid: Akal. 2005; p. 17.

Conocemos todos esos ejercicios del poder porque nos los cuentan a diario los sujetos que padecen esos modos, más o menos sutiles, pero modos torpes de reducir una relación terapéutica en el mero ejercicio de un poder, en la antigua dirección espiritual, en el paternalismo de ayer. «*Henos aquí pues en el principio maligno de ese poder siempre abierto a una dirección ciega. Es el poder de hacer el bien, ningún poder tiene otro fin, y por eso el poder no tiene fin*», advierte Lacan ante esa dirección de una cura. Es más bien «*la ardiente tentación de responder a la demanda*»² obviando que nuestra tarea es hacer ver qué esconde cada demanda que se nos formula, qué muestra cada elección subjetiva, mostrar que de esas nuestras elecciones como sujetos siempre somos responsables, de modo que lo suyo es avanzar en otra dirección. Por eso señala Lacan que «*se trata de otra cosa, se trata de la verdad, de la única, de la verdad sobre los efectos de la verdad*». Y añade, «*desde el momento en que Edipo emprende ese camino, ha renunciado ya al poder*». Nuestro poder, entonces, renunciando al poder, apunta a obtener del sujeto que pone en nuestras manos su salud, y su ser, una rectificación subjetiva para lo que acepta tanto como teme, que por fin alguien se atreva a decirle la verdad y a viajar con él a su encuentro por muy dolorosa, sorprendente e intrincada que se encuentre. Es lo que decía Françoise Dolto a los jóvenes practicantes, respecto a que comprobaran el deseo de tanta gente en encontrarse con alguien que por fin no temiera ni decirles la verdad como consecuencia de no asustarse por escucharla de los propios labios del sujeto.

Jacques Lacan escribe un texto en 1958 que titula “La dirección de la cura y los principios de su poder”, con pretensiones como las de «*mostrar en qué la impotencia para sostener auténticamente una praxis, se reduce, como es corriente en la historia de los hombres, al ejercicio de un poder*». Reconozco un punto de 2 LACAN, J., “La dirección de la cura y los principios de su poder”, en *Escritos 2*, p., 620, Siglo XXI, 16ª ed., Madrid, 1985. ese texto que he estudiado especialmente. Es cuando Lacan hace referencia a la bondad: «*La bondad es sin duda más necesaria aquí que en cualquier otro sitio, pero no podría curar el mal que ella misma engendra. El analista que quiere el bien del sujeto repite aquello en lo que ha sido formado, e incluso ocasionalmente torcido. La más aberrante educación no*

² LACAN, J., “La dirección de la cura y los principios de su poder”, en *Escritos 2*, pág. 620. Madrid: Siglo XXI, 16ª ed., 1985.

ha tenido nunca otro motivo que el bien del sujeto». Lacan nos abre los ojos sobre esos efectos de odio que son el retorno de la caridad, tantas veces escuchados en nuestra consulta en forma de dolor, de abatimiento, de pesadumbre porque justo quien más ha recibido ayuda de nuestro interlocutor más ha recibido ingratitud, desprecio y hostilidad, generalmente de miembros de su misma familia. Sin embargo, la buena posición del analista la encuentro tanto en el desapego respecto a su paciente, cuanto como en una práctica bondadosa, en una neutralidad benevolente, en el poder del ejercicio bondadoso, asignatura que se aprueba sólo avanzando en la lógica del ser que en la lógica del tener, avanzando en el buen lazo social y repudiando el aislamiento. Digo esto por referencia a la idea de que curamos más por lo que somos que por lo que decimos o hacemos. Y Freud nos ilustró precisamente con una idea, hoy célebre: no hay fármaco más tranquilizador que un puñado de palabras bondadosas. En la jerga juvenil, el buen rollo. Añadiría, avergonzar con prudencia exquisita, usar del afecto civilizador de la vergüenza pero para perturbar la defensa del sujeto, para sacarle de su trinchera, para penetrar en el diccionario particular de la lengua de cada sujeto. Desapego, buen rollo y avergonzar, tales son las armas que propongo usar.

Si nuestro poder es renunciar al poder es porque sabemos de los poderes de la palabra. Los poderes del lenguaje comienzan con la oposición fundamental entre significante y significado. Es aquí donde puedo hablarles de un sujeto al que atendí recientemente y que me manifestó un “estoy curado” tras cinco meses de tratamiento, y con la sesión más difícil que viví nunca como analista.

En esa sesión, acaecida tras tres meses de entrevistas, un sujeto recién estrenada la cuarentena, con el rostro desenchajado, los ojos fijos, con aspecto de no haber dormido en tres días, sentándose muy cerca cara a cara y mirándome intensamente a los ojos me confesaba estar viviendo una experiencia terrible, inefable, que le significaba su muerte simbólica e incluso la cercanía de la muerte real en un accidente de coche que había evitado la pericia del otro conductor con el que se había cruzado. Esa experiencia comportaba las certidumbres habituales de la cohorte paranoica, lo seguro del espionaje a que ambos estábamos siendo sometidos merced al teléfono móvil, las pistas que en formas de titulares de revistas de mi sala de espera le iba transmitiendo.

El claro fracaso del sujeto psicótico en las relaciones de poder se había evidenciado cuando todo su frágil mundo se desmoronaba a raíz de un ascenso laboral, cambio que, al modo schreberiano, le había perturbado justo cuando la cura le había ido alejando suavemente de sus certezas a las habladurías de otros respecto a sus infidelidades, a la conexión fatal de los indicios, de las pistas, a su lectura de las miradas y a su interpretación de los silencios. La escucha tranquila de ese despliegue, y sobre todo de su historia subjetiva le habían permitido una rectificación y un lazo transferencial sólido. Hasta su mujer en la única ocasión en que acudió transmitió la solidez de ese lazo, y así no empezó a tomar medicación hasta obtener mi propio pláacet. Tras esta tormentosa sesión el saldo que obtuve fue un sujeto más tranquilo y decidido a cuidarse más, y a solicitar la baja laboral.

La imposibilidad del sujeto psicótico de echar mano de un significante muy especial, *el Nombre-del-Padre*, que le sitúa en un linaje y ante el límite para saber hacer con el agujero, puede ser suplido con los elementos más insospechados. En este caso había recurrido a un anillo/sello. El sello con el escudo del linaje paterno había sido colocado en su mano tras esa sesión. No lo hacía desde que al heredar ese anillo tras la muerte en accidente del padre (similar como dos gotas de agua al que casi acababa de sucederle a él mismo) había pedido que le grabaran tal escudo familiar que lleva el nombre de esa familia/linaje paterno. Ahora volvía a situarse en su dedo. Tras un mes de convalecencia y de conversaciones suaves y silenciosas, un buen día suelta ese su “estoy curado”, lo que apruebo, aunque pide volver alguna vez.

El sujeto psicótico, “fino detector del deseo de poder de los demás” dejó escrito en 1999 Fernando Colina³, había testado la naturaleza de mi deseo respecto a él en varias ocasiones. Por eso tras la sesión difícil hubo aún una sesión más importante. Una medicación, Risperdal, le había producido un efecto secundario, priapismo, del que estaba advertido pues lo había leído como buen decodificador de todos los textos anteriormente en el prospecto farmacológico, aunque sin saber qué quería decir priapismo. Y eso mismo iba a sucederle.

³ COLINA, F, “El poder y las psicosis”, en *Rev. de la AEN*, núm. 69, 1991, pp. 41-61, p. 55.

Cuando narra en sesión la aventura lo hace con sorna, con burla, con buen humor, con risa, relatando el episodio a la espera de que me una al coro de los que a su alrededor se lo habían pasado en grande, mujer, enfermeras, médicos, cuñados. Pero mi constante pregunta acerca del dolor que debió sentir, una y otra vez, desde el comienzo de la sesión hasta la despedida, habría producido en él un sentimiento de que en realidad, mi deseo era su cura, y su cura para él consistía en ocuparse más de él y no importarle demasiado lo de los otros, no tanto las reacciones de los demás a sus cosas, al priapismo por ejemplo, (a esa muestra de poder fálico, efecto secundario que él había leído pero que no sabía lo que quería decir), sino procurar el cuidado de sí. Su posterior “estoy curado”, el giro de la conversación, y su vuelta al trabajo, ahora con otra disposición, indica una cierta estabilización, al menos provisional. Con este episodio en un sujeto ‘fino detector del poder de los demás’ he tratado de mostrar un breve efecto de la renuncia al poder, en una posición de desapego frente al sujeto psicótico, de prestarnos a ser usados a conveniencia en los tramos de la vida en que aparecen coyunturas difíciles. Momentos que nos recuerdan que existe lo curable y también lo incurable. Momentos en que siempre evoco la aseveración de Jacques-Alain Miller: “todos locos, pero de lo que hay que asegurarse es de que nadie quiera imitar la locura del de al lado”.

Conservo de mi paciente psicótico sus escritos, en los que relata sus impresiones durante los meses previos a contarme su secreto. Al entregármelos, observé la *experiencia interior que los había engendrado*. Tomo esta expresión de un libro excelente, publicado en castellano el mes pasado, *Carta sobre el poder de la escritura*⁴. Su autora Claude Magny (pseudónimo de Edmonde Vinel) escribe una carta a Jorge Semprún, fechada en 1943, y que le lee en 1945, tres meses después de ser liberado del campo de concentración de Buchenwald. Recordemos que Semprún no había podido escribir en su momento acerca de esa experiencia, optando entre la escritura o la vida, por esta última, y quizá sí pudo hacerlo, ahora lo sabemos, y pudo ya un día escribir *La escritura o la vida* porque esta Carta la llevaba siempre encima. La autora refiere que «*Nadie puede escribir si no tiene el*

⁴ MAGNY, CLAUDE-EDMONDE, *Carta sobre el poder de la escritura*. Cáceres: Periférica, 2016.

corazón puro, es decir, si no se ha desprendido lo suficiente de sí mismo», y también que «En los escritores que no lograron elevarse hasta el grado de la vida interior a partir del cual la creación se hace posible, nunca hay ‘dibujo en la tapicería’, nunca hay mensaje que comunicar al público, ni siquiera un secreto personal del autor». Creo que a nuestro sujeto psicótico, como a tantos y a tantos que se topan con el poder de la escritura, la pacificación le vino mediante ese artificio de desprenderse del secreto, la síntesis de sus pensamientos paranoicos, desprendiéndose de ellos como la representación de algo no innoble de sí, a la par que era conminado a no hacer nada que no fuera el cuidado de sí.

El poder del destino. La novela familiar de los Panero

Segundo Manchado. Psiquiatra
Las Palmas de Gran Canaria

Correspondencia: segundom@medicoslaspalmas.es

“Todas las familias felices se parecen;
sin embargo, las desdichadas, lo son cada una a su manera”.

Ana Karenina, León Tolstoi

INTRODUCCIÓN

Agradezco a La Otra la invitación a participar en estas Jornadas. Particularmente quiero agradecer a José María Álvarez haberme sugerido el tema. En el mes de noviembre pasado, coincidimos en una jornada de psiquiatría en Las Palmas de Gran Canaria. Él participaba en una mesa sobre la psicosis y yo en un coloquio tras la proyección de la segunda película dedicada a la familia Panero, *Después de tantos años*. Al final de mi pequeña intervención, José María me dijo ¿por qué no trabajas esto un poco más y lo presentas en La Otra? Pues aquí estoy.

Pensaba escribir un texto y apenas me ha salido un apunte, un esbozo aproximativo al poder del destino. No es un apunte clínico, en sentido estricto. Es más una reflexión sobre algunos de los elementos de la clínica. Mi proceder, por razones obvias, es por ahora necesariamente oblicuo. Espero que me disculpen.

Tal vez me haya equivocado en mi proceder, pero me ha parecido oportuno hacer un acercamiento fugaz a un tema tan complicado, de la mano de tres grandes aliados: la mitología, la literatura y, por supuesto, el psicoanálisis.

ALGUNAS REFERENCIAS CULTURALES

De todo el bosque genealógico de los términos del campo semántico del poder, he escogido uno relativo a un fenómeno grupal, el poder en el grupo familiar. Porque el poder del destino se da allí de un modo privilegiado. No faltan ni en la historia ni en la mitología ejemplos del destino oscuro (por desconocido) que acompaña a las familias. Recuerdo aquí las palabras preliminares de Freud [*Psicología de las masas*] cuando pone en cuestión la distinción neta entre lo individual y lo colectivo, toda vez que en la vida de cualquier sujeto está de entrada el Otro primordial, un Otro que es a la vez social. Y recuerdo también la consideración que tenía Lacan de lo colectivo como el sujeto de lo individual. Creo que el punto de engarce entre el sujeto y el grupo, ese *point de capiton* de cada sujeto con el grupo, es lo único que nos puede esclarecer algo del destino común y de su poder.

Todas las culturas conocidas disponen de términos que se refieren a lo que les sucede a los sujetos, que les parece ajeno a ellos mismos y, al mismo tiempo, les es propio e íntimo (es decir, *éxtimo*). En nuestra cultura occidental desde muy pronto se habla del hado (del *fatum* y de la fatalidad), de las profecías, de los oráculos y de toda la mántica que generan. Ya el Génesis, nos instruye sobre el pecado original de nuestros primeros padres, que sin ser nuestro, nos afecta. Y las cosas parecen seguir igual desde la Antigüedad hasta Freud y hoy mismo, como ejemplo de la articulación entre la sincronía y la diacronía.

Las familias, por citar los casos más famosos de la literatura, los átridas (desde Tántalo, Atreo, Tiestes, hasta Agamenón y su descendencia) y los labdácidas (Layo Yocasta, Edipo y sus hijos Eteocles, Polinices, Antígona e Ismene) parecen compartir, cada una a su manera, un destino común y repetido a través de las generaciones.

Hay un *dictum* clásico: “A quien los dioses quieren destruir, primero lo enloquecen”, que trae aparejada la que denomino tríada hermenéutica de *Ate-Hybris-Némesis* de la cultura griega antigua y clásica. Un buen modelo heurístico para la explicación de lo irracional¹ que ya aparece en Homero, y se desarrolla con Esquilo, Sófocles y Eurípides.

Está compuesta por tres elementos estructurales: la *Ate*, la *Hybris* y la *Némesis*, donde:

– *Ate* podría entenderse como ceguera moral, desmesura, imprudencia o error inexplicable, presidido por la soberbia, el ORGUYO (reivindico esta grafía) o la infatuación. Una especie de anublamiento de la conciencia, una suerte de locura transitoria –que en Homero no es debida a ninguna intervención divina ni a un desastre subjetivo, sino provocada por un *dáimon* que hace cometer al héroe actos de graves consecuencias; Ruth Padel² habla de *destrutividad ciega*.

– *Hybris* sería la impostura continuada del despropósito o la intemperancia.

–y todo ello, según Sófocles, desemboca en “*la ruina y en el yugo ineludible al que quedará unida su vida*”. En esto consiste la Némesis, como divinidad menor que castiga al héroe por su *Ate*.

Según Dodds, no existe en Homero una ligazón clara con la responsabilidad subjetiva, que sí es recogida por Aristóteles³ como la *Hamartía* o error trágico del héroe.

REFERENCIAS FREUDIANAS

Freud se detiene a observar cómo los sujetos repiten determinados comportamientos sin tener conciencia de *ello*. Entre los más conocidos, los casos de *los que fracasan al triunfar* o *los que delinquen por sentimiento de culpa*. Ambos casos responden a determinaciones de lo inconsciente. A veces saben lo que repiten, pero no saben por qué. Estamos en los terrenos comunes de la culpa, el superyó como cultivo puro de la pulsión de muerte, con esa bella definición de la pulsión como “el eco de un decir en el cuerpo.” [Colette Soler]. En la clínica y en la literatura hay sobrados ejemplos de destinos de este tipo, más o menos aciagos. Les traigo por los pelos unas palabras de una novela de Emmanuel Carrère⁴, donde, hablando de su madre, dice:

“Por más que le expliques que aunque su padre hubiese sido un comprometido colaboracionista y ella no tuviera nada que ver con eso, sin embargo

sigue creyendo que aquel pasado –que no es el suyo– puede aniquilarla.”

Estando en Valladolid no puedo dejar de citar la última novela de Rebeca García Nieto⁵ donde, en una excelente *mise en abyme*, los padres de Eric se reencuentran con un pasado del que huían.

Este tipo de factores “freudianos” son los responsables de que las sagas familiares se presenten (perdónenme la resonancia joseantoniana), como *unidades de destino*, tanto en la historia, como en la literatura y en la vida misma.

LA NOVELA FAMILIAR DE LOS PANERO

Seré breve. Hoy la conocemos como una familia abierta voluntariamente al público. Como dijo Jorge Semprún, “abierta en canal”. (No exenta de algún rasgo de telerrealidad, inédita entonces). Hoy disponemos de unas fuentes fiables sobre ellos. Sobre todo a través de dos autobiografías dictadas (Felicidad Blanc⁶ y Juan Luis Panero⁷); de una biografía excelente sobre Leopoldo María Panero⁸; de infinidad de textos propios y ajenos (algunos muy recomendables, entre ellos el prólogo de Antonio Martínez Sarrión a la citada biografía de Leopoldo María y la memoria de su relación con ellos de Luis A. de Villena⁹); y dos películas sobradamente conocidas que unen dos “sincronías” familiares: *El desencanto* (J. Chávarri, 1974) y *Después de tantos años* (R. Franco, 1994). Estas son mis fuentes en este trabajo.

Es una familia completamente normal. Con la terrible normalidad propia de los distintos momentos históricos en los que vivió: la II República, el franquismo y el posfranquismo. Cosas así ocurren hasta en las mejores familias. Algunos han visto allí un fracaso colectivo y personal.

Es obvio que el destino individual esté marcado por la familia. Sin embargo, a posteriori, vemos que además compartieron el destino de *una pasión común*. Al escucharles hablar en las películas parece que escuchásemos la voz de un bovarismo adusto que bascula entre lo melancólico, lo lúdico, lo reivindicativo y lo transgresor. En las películas, les vemos hablar y contar en polifonía, dejando vislumbrar una suerte de drama común que deam-

bula por una zona intermareal donde sufren simples desdichas, unas veces, y profundos descabros, otras. Desconocidas para ellos las leyes de esa zona, parecen colocarles caprichosamente en las luces y en las sombras... Todos han terminado pagando su precio, unos más que otros y alguno dejándose la vida en el camino.

En los varones, padre incluido, hay una vida subtendida por miserias cotidianas y pasiones comunes en ocasiones excesivas. Una cierta tendencia al fracaso, la literatura y el alcohol. En la madre falta esta última pasión, pero en su caso sus palabras señalan hacia el anudamiento de la pasión con un deseo insatisfecho en una vida vivida como pérdida, aportándole al conjunto un aroma de romántica melancolía. El padre y su fracaso político-poético (él esperaba más). Según Martínez Sarrión, pasó de ser contertulio de poetas ilustres (Eliot, Cernuda, Alonso o Alexandre), a bebedor de excesos que prefería “los escritos de José Antonio Primo de Rivera a Góngora”, para terminar dirigiendo la “execrable *Selecciones del Reader's Digest* americana”, ninguneado por los escalafones del Régimen. Los hijos recorrieron con noble rebeldía casi todos los campos de la vida, una cierta bohemia, un cierto éxito, amores más o menos desafortunados, pero también la debacle o el derrumbamiento y la resistencia vital.

Una familia con un destino trágico quizá por la fugacidad y luminosidad del linaje. Pero, no es tanto una tragedia griega propiamente dicha, sino un drama familiar contemporáneo y común. Ellos se prestaron a crear la estirpe al tiempo que la destruían. Hay quien sostiene que fue la época quién la creó. Fuese lo que fuese, sobre ellos se fue tejiendo una leyenda épica familiar con matices de exhibicionismo, malditismo, genialidad, verdaderos ejercicios de libertad y de excesos, desórdenes del vínculo social, fracturas subjetivas, descontrol y locuras varias.

En *El Desencanto*, las voces van construyendo su *Tótem y tabú* particular, por un lado, un “todos contra el padre”, (del tipo: mi padre era un fascista borracho y maltratador) y, por otro, una especie de “Rellenando el agujero”.

La atmósfera general es de pérdida, corifeo melancólico de diferentes voces que hablan de derrotas, deseos insatisfechos como el destino de la mujer sacrificada por su función en la familia franquista (*kinder, kirche, kitchen:*

niños, iglesia, cocina), ideas de ruina, de fin de raza, fetichismo, de literatura y de poesía.

La polifonía también es disonante: [de memoria] “Mis hermanos piensan que nuestra historia es una tragedia griega”; “Yo no creo en las Leyendas Épicas Familiares, porque están centradas en el Yo, y ahí no está la verdad”, “todo eran Borracheras y broncas... éramos una familia feliz”. Pero, en conjunto, con esa película se revienta la familia patriarcal franquista. Y es verdad, pero... veremos qué les depara el destino.

En *Después de tantos años* el tono es completamente distinto. El cristal limpio de la lente nos muestra la soledad de aquel mundo. Es una espera que anuncia la aparición colosal de un Leopoldo María que vertebra absolutamente todo. La opinión mayoritaria es que sin él no habría películas. El final es una reflexión fílmica acerca de la soledad de la vida y de la muerte. Tres personajes-personas aparentemente divergentes con una matriz común.

En 1990 muere la madre y Leopoldo María, a quien por último ella se ha dedicado, queda solo. Las imágenes: tumbado en la cama de Mondragón, fumando y dejando fluir sus desgracias, mientras la cámara recorre su habitación: un reloj de pared, unas figuras de Peter Pan y Campanilla, una foto de la madre joven y guapa, una estantería con libros y carpetas... Afuera, los patios y sus personajes. Leopoldo M^a, como imagen de un desasimiento vital, mira al vacío tras el cristal de una ventana. La soledad arraigada en el diálogo del cementerio. Vivir es morir. Allí yace la estirpe paterna de los Panero.

En el conjunto de las dos películas, encontramos la coral del desencanto, el declive, el desastre, la sordidez. Moisés Panero presta la voz. Y todos le siguen. Felicidad Blanc como *perdedora romántica*. El mismo Moisés como personaje *kynico* con fracaso final; Juan Luis como tráfuga¹⁰. Y LMP, por escoger la imagen significativa que da L. A. de Villena, componiendo junto a su madre el cuadro de la *Pietà*. Una mujer con un hijo en sus brazos “de quien sólo recibe escupitajos y besos, insultos y súplicas... dando ellos dos la belleza lírica del drama de los Panero”¹¹.

DESDE EL DESAMPARO A LA COMPLETUD

Decía al principio que estos no eran unos apuntes sobre la clínica, sino una lectura de los elementos que nos ayudan a ver los fenómenos clínicos.

Hasta ahora hemos hecho un recorrido mítico y literario por el poder del destino. Y creo que es un buen modo oblicuo de acercarse a él. Eso es lo que hizo Freud.

En los humanos hay un poder ligado a la palabra y al lenguaje. El poder que emerge de la Ley mítica que Freud coloca tras el asesinato del Padre de la Horda Primitiva. Allí tienen su origen: el pacto (la ley y el derecho), la moral y la religión. Como sabemos, los hijos matan al Padre para acceder al goce irrestricto de aquél. Asesinato inútil, porque ahora tienen que pactar y prohibir (*precepto de la exogamia*, lo llama Freud). Lo que obtienen ya no es sin límite y, en adelante, irá asociado con la culpa.

Es el lado amable de la Ley simbólica que inaugura lo humano. El nuevo Padre de la Ley tiene el poder de la palabra. La identificación simbólica con el Padre Muerto instaura un nuevo orden, la Ley. Antes, sólo estaba presente la fuerza.

Al mismo tiempo, fuera de esa Ley vemos dibujarse oscuramente la silueta de otro poder. Tras la proscripción del goce, hay en los hijos una identificación-identidad con aquel padre sin límites. A fin de cuentas lo mataron para ocupar su lugar. De este modo, en la sombra, hay un empuje que no entra en la ley, que está más acá y más allá de ella. Una fuerza constante que no distingue el día de la noche —una de las características de la pulsión freudiana—. Este tipo de identificación hace insignia de la omnipotencia de ese Padre Oscuro, que se muestra como una contra-ley o Ley de excepción, que anula todas las demás.

Estas dos fuentes del poder están imbricadas íntimamente a través del Ideal, el superyó y la pulsión de muerte, en el trasfondo de toda actividad humana. Es el poder del destino ligado al goce del Padre, a los pecados del Padre. Un recorrido mítico, pues, que nos lleva directamente al sujeto del significante y, al mismo tiempo, al sujeto del goce.

En nuestro caso familiar, si hablamos del Poder del Destino que atraviesa a los miembros de la familia, se debe a esa inmisión de los dos modos de identificación con el *pathos* paterno. Una identificación con *lo mejor y lo peor* del padre: el fracaso, la poesía y el alcohol; una identificación con el modo que aquél tenía de tratar el empuje a colmar la pérdida. Vemos allí las diferentes posiciones frente a las pasiones del ser que han hecho suyas como “herencia” de la *hamartía* parental. Tal vez el único recurso que tenían a su disposición los miembros de la familia para inscribirse, haciéndose buenos escritores/bebedores más o menos fracasados, como el padre. En relación con el modo de tratamiento del exceso pulsional, (parece una broma, pero no lo es), en una de sus obras, Enrique Vila Matas habla de un escritor irlandés (acaso uno de esos autores apócrifos a los que nos tiene acostumbrados) que decía: “Soy un alcohólico con problemas de escritura”.

Siguiendo conjuntamente la *Triada hermenéutica* clásica, que apunta hacia la responsabilidad subjetiva del “héroe”, y la *Via mítica freudiana* que lo hace al mecanismo íntimo de las identificaciones con las dos caras del padre, se va mucho más allá de la grisalla de la *mimesis*, de la cognición trastornada y de los castigos reforzados, que niegan la responsabilidad, en su afán de naturalizar lo normal y lo anormal.

¿Y el poder de la cura? Empieza por separar el I del *a*. Freud nos indica (*Psicología de las masas y análisis del Yo*) y Lacan lo recalca (*El Seminario XI*) el peligro implícito en la superposición entre el objeto y el Ideal. A través de ambos, I y *a*, se trata de alcanzar una completud imposible.

Para terminar, vuelvo de nuevo al mundo griego. En el templo délfico de Apolo, había dos máximas atribuidas, según algunos, a Solón: *Conócete a tí mismo* y *Nada en exceso*. En ambas encontramos una similitud que tuvo que esperar casi veinticinco siglos para su reunión en el matema de Lacan sobre la doble división del sujeto por el significante y por el goce. La tarea del psicoanálisis no es otra que poner de manifiesto el puente de imposibilidad que les une y, pese a todo, hacer posible el vínculo atemperado del sujeto consigo mismo, con el Otro y con los otros.

REFERENCIAS

- ¹ E. R. DODDS, *Los griegos y lo irracional*. Madrid: Alianza, 2006.
- ² RUTH PADEL, *A quien los dioses destruyen*. México: Sexto Piso, 2010
- ³ ARISTÓTELES, en *Poética y en Ética a Nicómaco*.
- ⁴ EMMANUEL CARRÈRE, *Una novela rusa*. Barcelona: Anagrama, 2008.
- ⁵ REBECA GARCÍA NIETO, ERIC. Málaga: Zut Ediciones, 2015.
- ⁶ FELICIDAD BLANC BERGNES (1978), *Espejo de sombras*. Madrid: Ed. Cabaret Voltaire, 2015.
- ⁷ JUAN LUIS PANERO, *Sin rumbo cierto. Memorias conversadas con F. Valls*. Barcelona: Tusquets, 2000.
- ⁸ J. BENITO FERNÁNDEZ, *El contorno del abismo. Vida y leyenda de Leopoldo María Panero*. Barcelona: Tusquets, 1999.
- ⁹ LUIS ANTONIO DE VILLENA, *Lúcidos bordes del abismo. Memoria personal de los Panero*. Ed. Fund. José Manuel Lara, 2014.
- ¹⁰ Dos de sus poemarios más celebrados llevan por títulos *Desapariciones y fracasos* (1978), *Enigmas y despedidas* (1999) y sus memorias conversadas *Sin rumbo cierto*. ¿Casualidad?
- ¹¹ LUIS ANTONIO DE VILLENA, *op. cit.*

Poderes de la cura

M. Antonia de Miguel. Psicoanalista
Vigo

Correspondencia: demiguelantonia@gmail.com

Empezaré por decir el a b c del psicoanálisis: si algún poder tiene la cura psicoanalítica es el de la palabra. Ella reposa solo en eso, es su fundamento y aunque no sea su descubrimiento (que la palabra cura) si lo es su invención: la invención de un dispositivo de palabra, en donde ese poder se hace efectivo.

En noviembre del año pasado estuve invitada, por el Colegio de Psicólogos de Galicia, a participar en el Congreso de Psicología de la Salud. Entre todos los practicantes de la clínica actual, yo era alguien aparte, alguien distinto, invitada por ser una clínica veterana y fiel desde el inicio de su práctica al psicoanálisis, es decir que fui invitada como psicoanalista.

Todo mi trabajo en este Congreso, tenía un eje, el del poder de la palabra, el único poder en la práctica psicoanalítica, la única que se evidencia en el dispositivo que Freud inventó para regular y hacer un uso ético de este poder. Este dispositivo es –por todos los que estáis aquí conocido y más aún reconocido– el de la asociación libre y la interpretación. Entre la asociación libre y la interpretación que son las formas de presencia del analizante y del analista en un análisis, está el inconsciente. El inconsciente que se espera que salga a la luz en la asociación libre y sea capturado en la interpretación.

Hoy no estoy en el Colegio de Psicólogos, estoy en la Otra psiquiatría y tengo la libertad que me da este lugar para exponer sin el trabajo suplementario de convencer. Es una tranquilidad, de verdad.

Para Freud, la vía regia de acceso al inconsciente son sus formaciones:

el lapsus, el olvido (memoria de la histeria), el sueño, el síntoma en su estructura de lenguaje, formas diferentes de la palabra, y que no dejan de ser todas ellas: palabra, palabra, palabra.

El desarrollo que Lacan hace de Freud no abandona esta línea. Basta con ir a sus seminarios, y escoger uno cualquiera, de los primeros a los últimos. Nosotros en la Escuela de Vigo –este año y el anterior– estamos trabajando “*El deseo y su interpretación*”, y el análisis de los sueños ocupa en este seminario un lugar de privilegio, añadido que la interpretación de un sueño pasa por ser puesto en palabras por el soñante, por su relato y sus asociaciones.

Este seminario es de 1958 y de 1958 es también el escrito: “*La dirección de la cura y los principios de su poder*”. En este escrito lo podemos leer claramente: “La dirección de la cura –dice Lacan– consiste en primer lugar en hacer aplicar por el sujeto la regla analítica”, la asociación libre, la palabra liberada de la censura.

Pero no me voy a detener hoy aquí, voy más bien a dar un paso largo, en el que me vais a acompañar un paso hasta 1976: “Prefacio a la Edición Inglesa del Seminario XI”. Este texto lo encontrareis en *Intervenciones y textos* n° 2 de la editorial Manantial o en *Los Otros Escritos*.

Lacan en su forma de trato de lenguaje, en especial en la forma de trato del lenguaje que encontramos en los textos a partir de los 70, sigue presentando las formaciones del inconsciente –a las que sigue dando un lugar de privilegio– como vía de acceso al inconsciente que en esta etapa de su enseñanza, denomina el inconsciente real. De entre ellas, en este texto que acabo de señalar, una destaca de entre todas: el lapsus.

Leo textualmente: “Cuando el esp. de un laps, o sea, dado que solo escribo en francés [es también válido para castellano] el espacio de un lapsus, ya no tienen ningún alcance de sentido (o interpretación), tan solo entonces puede uno estar seguro de que está en el inconsciente. Uno lo sabe, uno mismo”.

Al análisis se llega de manera general por el sin-sentido, con un síntoma o con una pregunta que hace padecer, precisamente porque no se encuentra allí un sentido que responda suficientemente, razón por la que se busca un analista del que se espera esa respuesta en la interpretación. Pero la cura

psicoanalítica termina como empieza ya que la transferencia, que es la que concede al analista el poder de la interpretación, o sea, de la búsqueda de sentido, tiene que liquidarse al final y esa liquidación pasa por llegar de nuevo al inicio, al sin-sentido, que tiene una incidencia diferente en el inicio y en el final después de haber recorrido, todo ese espacio intermedio que Lacan señala en este texto y que evoca el tiempo de desarrollo de la historia subjetiva: hyste-orización, con este neologismo denomina Lacan a la forma en que un análisis se desarrolla: en el modo histérico de la pregunta y en el modo en que un sujeto va a hacer en su análisis –modo al que nunca renuncia– la evocación y la reconstrucción de su historia subjetiva.

Recordaré la forma privilegiada en la que Freud encuentra ese sin-sentido de la lengua, en la psicopatología de la vida cotidiana, en el lenguaje de los niños, y también en la psicosis, paradigmas del poder de la palabra en el psicoanálisis.

“Los niños y los locos dicen la verdad”, no es eso un lugar común? Freud dice otra cosa: los niños y los psicóticos nos dan a ver el inconsciente a cielo abierto, el inconsciente al desnudo. Lacan lo dice de otro modo. En el laleo del niño, en su bla, bla, bla gozoso, en la metonimia del lenguaje en la psicosis alcanzamos lo real del inconsciente, su “moterialidad”, juego de palabras entre mot y mat.

Ambos aunque de forma diferente, Freud y Lacan evocan en esta manera de manifestación del inconsciente la amalgama de goce y lenguaje. Satisfacción pulsional que elude la represión dice Freud, goce-sentido lo nombra Lacan.

Palabra y afecto se encuentran paradigmáticamente unidas en la lengua del niño, en la lengua de la psicosis. Palabra y afecto se amalgaman en el síntoma en el inicio de la cura, y se separan a lo largo de la misma, para de nuevo unirse al final de otra forma.

Al principio está la transferencia que confiere todo el peso del sentido a cada palabra emitida, es la palabra en compañía, al final está la soledad de la lengua, la palabra que goza sola. Solo, el sujeto en compañía de su cuerpo afectado por el lenguaje.

Para Freud la vía regia de acceso al inconsciente es el sueño, para Lacan el lapsus...

En cualquier caso vuelvo a Freud aunque termine en Lacan y vuelvo el Freud de la psicopatología de la vida cotidiana; Freud analizante/ Freud analista, al Freud que treinta años después de la publicación de la psicopatología vuelve a colocarse en la posición de analizante en “*Sutilezas de un acto fallido*”. Leído desde Lacan este Freud ocuparía el lugar de quién da cuenta de su pase, del trabajo hecho con sus formaciones del inconsciente para alcanzar algún saber sobre el inconsciente que nos determina, saber que traslada a la comunidad analítica.

La elección que he hecho –en la psicopatología de la vida cotidiana– es el de un lapsus cualquiera que por otra parte no lo es, ya que es un lapsus que Freud comete en la relación a su hija Ana; A esta hija 30 años después, en “*Sutilezas de un acto fallido*” le ofrece ya como analista, de nuevo un lapsus esta vez para que ella lo analice.

¿Qué es un lapsus sino la intromisión involuntaria de una palabra en el discurso consciente? Tomado en su esencia es una palabra impuesta un neologismo y en este sentido no analizamos el lapsus en la psicosis porque se podría decir, todo su discurso esta colmado de lapsus, en tanto es una metonimia de las palabras impuestas, de neologismos.

También el lenguaje de los niños tiene esta característica, solo que aquí prima el goce bueno, si así puede decirse, no así en el autismo en la psicosis infantil. Cualquiera que conviva con un niño, ha tenido la experiencia de esos momentos en que los que ese sujeto humano más cerca de lo real que el adulto inventa sus cancioncillas con palabras del lenguaje común, palabras de su vida cotidiana puestas en divertido desorden, sin sentido, unas detrás de otras y corre y salta, y se excita.

Freud, con el ingenio que caracteriza a sus observaciones, nos lo presenta como modalidad del discurso del inconsciente, o del inconsciente a cielo abierto en el “*chiste y su relación con el inconsciente*”. (Tomo VIII de E.A. págs. 120 a 123)

Lo recuerdo: “En el niño, habituado todavía a tratar las palabras como

cosas... advertimos la inclinación de buscar un mismo sentido tras unidades fonéticas iguales o semejantes, lo cual es fuente de muchos errores que dan risa a los adultos.

Un poco más adelante nos sitúa de nuevo en el lado placentero, gozoso del placer del disparate, en el lazo intrínseco entre el lenguaje y lo gozoso “el hombre es un insaciable buscador de placer” y dice en este punto, señala como “en la época en la que el niño aprende a manejar el léxico de su lengua materna, le supone un manifiesto contento “experimentar jugando” con ese material, y entrama las palabras sin atenerse a la condición del sentido, a fin de alcanzar con ellas el afecto placentero del ritmo, de la rima. Sobre ese contento caerá la prohibición, vale decir la represión. Dicho de otro modo el niño acepta las convenciones de la lengua, y toma la opción del sentido, la opción de supeditar su gozo al discurso aunque en años posteriores esto vuelve en los lenguajes propios que a veces el adolescente inventa para sustraerse y también –dirá Freud– en ese lenguaje que se observa en algunos enfermos mentales un lenguaje creado para uso propio (“Ese contento le es prohibido poco a poco, hasta que al fin sólo le restan como permitidas las conexiones provistas de sentido entre las palabras. Pero todavía años después, los afanes por sobreponerse a las limitaciones aprendidas en el uso de las palabras se desquitan deformándolas a través de ciertos arreglos (reduplicaciones, jerigonzas) o aun creando un lenguaje propio para uso de los compañeros de juego, empeños estos que vuelven a aflorar en ciertas categorías de enfermos mentales. Tomo VIII, obras completas A.E., pags. 120/121).

Ya en la interpretación de los sueños se había referido a la invención de lenguajes nuevos y de formaciones sintácticas artificiales por parte de los niños:

Nos recuerda aquí Freud (Tomo IV, pág. 309) que “las deformaciones léxicas del sueño se asemejan mucho a las que conocemos en la paranoia: “Tanto para el sueño como para las psiconeurosis la fuente común son los artificios verbales de los niños, que en ciertos periodos tratan de hecho a las palabras como si fuesen cosas e inventan lenguajes nuevos y formaciones sintácticas artificiales”.

¿Qué es lo que nos dice Freud y qué de lo que nos dice, podemos rescatar para nuestro trabajo?: Nos dice la particular forma en la que el psicoanálisis

va a tratar la palabra. La palabra hace al hombre un afectado, un enfermo del lenguaje y la palabra le restituye también su salud al permitirle dar por su mediación un nombre nuevo al síntoma, una invención de un nuevo significado que no sea solo el que hace sufrir.

El inconsciente es lenguaje sin gramática que se gramaticaliza en “la decisión insondable del ser” de entrar en el sentido y que recupera su valor de goce sin sentido común pero con nuevo sentido después de un análisis. Esto sería analizar “lo infantil” (ver C. Soler).

Estas referencias constantes al léxico, al lenguaje del niño nos llevan a leer “lo infantil”, tan caro al psicoanálisis, de otra forma, se podría decir de forma Lacaniana.

Analizar es ¿“buscar lo infantil”? no exactamente ya que no hay que pensar que el niño sea infantil; al contrario, él está más cerca de lo real (Tomo esta referencia del libro de C. Soler: “*El inconsciente reinventado*”).

C. Soler en el “*Inconsciente reinventado*” dedica un espacio a esta forma de leer el inconsciente del niño y concluye: analizar es buscar al analfabeto. Recuerda aquí C. Soler un pregunta que formuló ya en un artículo hace muchos años, que los que trabajamos y hemos trabajado con niños discutimos con interés en alguno de los seminarios que organizábamos sobre psicoanálisis de niños, se preguntaba en él cómo era analizar a un niño que todavía no sabía escribir y en el que por lo tanto, los equívocos de la lengua tenían otra dimensión.

Si analizar es intervenir sobre el decir, sobre el equívoco, sobre la palabra que se sustrae a la norma, ¿cómo es analizar a esos analfabetos que son los niños en tanto al no haber alcanzado la escritura, los equívocos tendrían otra dimensión? Esa era la pregunta, pregunta que ahora sería otra, ¿Hay analizantes que no sean analfabetos si pensamos que el síntoma, escrito en la lengua del inconsciente, lo es siempre? El síntoma está escrito sin ortografía, sin sintaxis, está escrito en la lengua que precede al aprendizaje del lenguaje en el sin sentido y así lo reconoce Freud en las formaciones del inconsciente, formaciones disortográficas podríamos llamarlas y que tienen su paradigma en el léxico del sueño, en la lengua de la esquizofrenia, en el lenguaje del niño que juega con el disparate.

En el psicoanálisis el poder que alcanza la palabra, (poder por otra parte reconocido en todo el ámbito social valga como ejemplo la dimensión jurídica que alcanza el maltrato psicológico o la injuria) en psicoanálisis el poder de la palabra se instala en esta particular dimensión, la que va del sin-sentido del laleo del niño, al sentido sintomático hasta disolverse de nuevo en el sin-sentido o en la descarga del sentido padecido, descarga de la palabra del sufrimiento anómalo al final de un análisis.

Si el lapsus en el más puro sentido Freudiano es vía regia para el acceso a este inconsciente que es el inconsciente real lacaniano lo es porque su estructura es la misma que la del síntoma y porque puede aplicarse al síntoma ese mismo “esquema que Lacan utilizó para el lapsus” “solo cuando el significante de un síntoma no tiene ya ningún alcance de sentido, estamos seguros de hallarnos en el inconsciente, en el inconsciente real, que es inconsciente gozado” (C. Soler, *El inconsciente reinventado*).

Hacer esta diferencia entre inconsciente real, convocar esta forma del inconsciente diferente del inconsciente a la búsqueda de sentido es también convocar al inconsciente en su diferencia al inicio de un análisis y al final del mismo. La diferencia entre el inconsciente supuesto por la transferencia y el inconsciente que sigue existiendo al término de la transferencia cuando esta se disuelve. Porque aunque todos lo sabemos, formularlo es importante, un analizante analizado sigue teniendo inconsciente, afortunadamente aunque su relación con el inconsciente sea diferente, su relación con “el no quiero saber nada de eso” sea otra en tanto está sostenida por el saber que le ha dado un análisis: “sé que no quiero saber nada de eso” y por tanto tengo que tenerlo en cuenta.

Al curso de los años 2008/2009 de J.A.M: “*Sutilezas analíticas*” debo haber reparado en este cortísimo texto de Freud: “*La sutileza de un acto fallido*” en el que he dicho al comienzo que iba a detenerme. Miller nos recuerda que un analista sigue aprendiendo de su inconsciente y por eso trae este artículo de 1933, donde Freud se coloca ante sus lectores no como analista sino como analizante que testimonia de su inconsciente. “Ser analista – dice – no es analizar a los demás, sino en primer lugar seguir analizándose, seguir siendo analizante. La otra vía sería la infatuación, es decir, si el analista creyera estar en regla con su inconsciente”.

El analista aún analizado, sueña, lapsea, hace actos fallidos y carga de otra forma con su síntoma, seguro, pero sigue estando prendido del inconsciente que lo determina.

Con todo esto vuelvo entonces a Freud y al lapsus: a sus lapsus, que he dejado en suspenso después de nombrarlos pues son los suyos los que nos ofrece con más abundancia en la psicopatología de la vida cotidiana y es uno suyo de nuevo el que gentilmente ofrece al análisis de su hija, también de nosotros, sus lectores más de 30 años después de haber publicado la psicopatología de la vida cotidiana, en esta *Sutileza de un acto fallido*.

Estas dos referencias son tan breves que voy a leerlas al pie de la letra:

Psicopatología de la vida cotidiana. En la Edición de Amorrortu Tomo VI. Pág. 64.

A mi hijita, que acaba de morder una manzana con feas maneras, quiero citarle estos versos:

“El mono {Affe} suele hacer monadas, y más si come una manzana {Apfel}”.

Pero empiezo: “El Apfe...” {palabra inexistente}. Esto parece una contaminación “Affe” y “Apfel” (formación de compromiso); también se puede concebir como anticipación de “Apfel”, que yo me aprontaba a pronunciar. Pero, más precisamente, las cosas pasaron así: Ya había iniciado antes la cita, y no me trastrabé entonces. Sólo cometí el desliz al repetirla, lo cual fue necesario porque la interpelada, absorbida por otro asunto, no me oyó. Así me veo obligado a incluir en la motivación de esta equivocación en el habla que se presenta como una operación condensadora, a aquella repetición, junto con la impaciencia, que ella supuso, por despachar la frase.

Antes de ofrecernos este “lapsus linguae” Freud se sitúa al lado y frente a Wundt para señalar que el efecto de contacto entre sonidos, no explica todo el trastrabarse y que hay allí algo más, que será lo que el psicoanálisis va a escuchar, “un influjo perturbador de algo fuera de la oración intentada, y eso perturbador es un pensamiento singular que permaneció inconsciente, que se da a conocer por medio del trastrabarse y que la mayor parte de las veces solo puede llegar a la conciencia mediante un detallado análisis”.

No hay aquí un análisis detallado pero como analistas y con las indicaciones

de Freud basta para extraer el afecto, dicho de otro modo lo pulsional que subyace al lapsus: el deseo que será intenso de hacerse escuchar por su hija, la impaciencia, el afecto airado, de no ser escuchado... En cuanto a la repetición y a la condensación, no voy a desarrollarlo ahora, son mecanismos ligados íntimamente al funcionamiento del inconsciente.

1935, treinta y tantos años después: *La sutileza de un acto fallido*: A.E, Tomo XXII. Pág. 230.

Preparaba un regalo de cumpleaños para una amiga, una pequeña gema destinada a ser engarzada en un anillo. Sobre una tarjeta rígida en cuyo centro se había fijado la piedrecita, escribo: "Bueno para hacer confeccionar un anillo de oro en casa del orfebre L. ... para la piedra enviada, que muestra un buque con su vela y timón". En el lugar que ocupan los puntos suspensivos, entre "orfebre L." y "para" {für}, había empero una palabra que debí tachar porque no venía para nada al caso, la palabrita "bis" {hasta}. Ahora bien, ¿por qué la escribí?

Tras relatar ese acto fallido Freud le ofrece al análisis, un pequeño texto lleno de indicaciones:

Aparición de un significante en más "bis" entre dos sentidos.

- 1 - Un sinsentido entonces que en el análisis llama un primer lugar a la búsqueda de sentido. "Para transformar un error en lapsus hace falta suponer una intención inconsciente –creer en el inconsciente.
- 2 - Solo en la transferencia esta búsqueda de sentido tiene su razón de ser, dicho de otro modo precaución o más bien prohibición para el análisis silvestre. Búsqueda de un significado para un significante solo y búsqueda en la historia singular del sujeto.
- 3 - Debajo de este sin-sentido consciente reposa y lo sostiene "un conflicto pulsional". Ligazón entre palabra y goce, palabra y afecto –Paso del significante a la causa del deseo.

El análisis, más allá del autoanálisis, no anula al inconsciente, aunque se distingan sus emergencias.

Con todo esto Freud no da permiso para ir más allá y eso es lo que hace J.A. Miller en su curso de 2008/2009: "*Sutilezas analíticas*".

A la reformulación de la interpretación de su hija que para Freud es insuficiente y a la que ha añadido el componente pulsional, puede entonces añadirse para nosotros los lectores analistas, la relación a la mujer y la pregunta que se abre en Freud sobre la sexualidad femenina que en los últimos textos ya se evidencia claramente como el interrogante sobre lo pulsional femenino que va más allá de *penisneid* regido por el falo.

J.A. Miller dice en las lecciones de este curso que dedica al análisis de este lapsus: “Forclusión del significante de la mujer”, a la que añadimos: del goce del que no se sabe y que abre a Lacan la puerta para continuar ese desarrollo y todo lo que de nuevo nos ofrece en relación a la sexuación y al “no hay relación sexual” (tema que no desarrollaré en este momento). Del goce sin sentido fálico. Si todo significado es fálico, la sexualidad femenina se separa de un significado para abrirse al sin-sentido gozado, y en eso es paradigma también del trabajo del análisis.

Es dentro de la norma-fálica que se desarrolla el análisis bajo transferencia.

Es más allá del falo y del Edipo que se termina un análisis cuando ya se ha desbrozado, cuando ya se ha agotado la búsqueda de sentido en la historia infantil que está construida en torno a la neurosis infantil y al encuentro con la falta fálica y la castración.

Disuelto el sentido, disuelta la transferencia.

La transferencia –indispensable para iniciar un análisis– pone al inconsciente en la relación al Otro, al final de un análisis el inconsciente existe de otro modo, es el inconsciente de uno solo, el del sujeto que lo sostiene y que hace finito el análisis interminable. Esto no nos libra de ese el inconsciente que será siempre un compañero del viaje por la vida, lo que hace que, en ocasiones uno vuelva al análisis cinco, 10, 15 años después.

Esta es la tesis de Freud, también de Lacan: “al final de un análisis, el sujeto sigue estando” “sujeto a afectos impredecibles”. (Pág. 48 C. Soler, *El inconsciente reinventado*) que la palabra origina en su cuerpo.

El poder de la institución y las declinaciones de la falta

Chus Gómez

UHRP Hospital Piñor - Ourense

Psicoanalista ELP-AMP. Vigo

Correspondencia: chusagomez2009@gmail.com

“La disciplina es la forma general del poder psiquiátrico”

M. Foucault. *El poder psiquiátrico*. FCE. Pág. 96

Hola a todos. Es una alegría estar aquí de nuevo reunidos para construir un espacio en el que preguntarnos sin temor, despojados de lo políticamente correcto, sobre el poder onnipresente en nuestro trabajo, en mi caso en el manicomio. Cotejar que hay de nuevo y viejo en todo esto, o si no hay nada nuevo, y todo es viejo.

El motivo de cada narrador se hace tenuemente visible cuando la historia llega a su fin... y el otro nos interroga. En definitiva, en la vida cada uno hace y explica un duelo secreto, el suyo... y éste es un tema cercano al corazón.

Conocemos y compartimos un territorio común, físico e histórico, el de la locura, enraizada en lo profundo humano. A veces es una república salvaje, exuberante, desgarrada por el conflicto, otras: una llanura seca, muerta, árida y solitaria con una meteorología propia, con sus luces y sombras, que implicará formas distintas de hacer.

Y nosotros ¿qué pintamos aquí? Es una pregunta que mis colegas y yo nos hacemos con cierta frecuencia cuando reflexionamos sobre qué clínica hacemos, qué problemas se nos plantean, qué queremos construir y qué ha cambiado en un proceso en el que ya después de un cierto recorrido permite un antes y un después... que va fraguando.

Un Antes en Toén, lo otro, “Allí” ... lo viejo. Un Ahora: Piñor, esto... “Aquí” ... lo nuevo... la página casi vacía pendiente de escribir. Todos sabemos que queda mucho por hacer.

Aquí el tema del poder y su microfísica foucaltiana va de suyo... es estructural.

El ejercicio del poder es universal... en lo psiquiátrico aunque ahora su vestimenta sea aparentemente más dulcificada, menos descarnada, es un semblante más suave, más políticamente correcto, pero igual de presente.

A mí me pasa un poco como a Borges, que desconfiaba de las historias y las geografías oficiales, en especial las de su propio continente, por eso cada uno escribe una historia que es al final su historia.

Quizás sea verdad que todas nuestras geografías e historias son imaginarias e imaginadas... Vamos por la tierra y el tiempo estableciendo límites, nombrando paisajes, nombrando gentes y cosas, en un ir y venir, en un hacer y deshacer, limando lo insoportable, pero en lo íntimo sabemos que todos nuestros mapas son tenues trazos de tinta evanescente que, después de un tiempo, volverán a ser blancos, para que otro pueda escribir sobre ellos y hacer sus propios caminos.

Si la cartografía de la imaginación y la cartografía de la tierra coinciden solo raramente, e incluso entonces, por apenas un momento, qué os voy a decir sobre las cartografías humanas de la locura... cualquier parecido con la generalización... es pura coincidencia... aunque esto no signifique decir que nuestros paisajes imaginarios carezcan de solidez. Tienen la solidez que les aporta el relato que construimos. La locura está enraizada con firmeza en nuestra conciencia desde el principio del mundo, y desde que el hombre arrancó a hablar enloquecido en la Babel bíblica...

Para sobrevivir en el manicomio es necesario, tanto para locos como para loqueros, haber habitado Utopía, mucho antes de que Tomás Moro le diera nombre a la isla.

Desde que en el inicio de los tiempos los humanos decidimos vivir juntos, imaginamos que nuestras cabañas apiñadas podrían ser un lugar donde la

vida sería fácil, la juventud eterna, las relaciones armoniosas y el tiempo estable, próspero y venturoso. Después los hechos del día a día nos desilusionaron, pensamos que, aún cuando Utopía no era el hogar, podíamos sin embargo distinguir ese lugar, justo más allá del horizonte y hacernos un espacio habitado y habitable.

Queremos saber dónde estamos, porque queremos saber quiénes somos, porque creemos mágicamente que el contexto y el contenido se explican uno al otro.

La vida, en su proceso continuo, de toma y daca, nos suministra los retazos que convertimos en historias, y que a su vez le prestan al mundo apariencia de sentido y coherencia.

Cualquier lugar servirá para inspirar El Dorado, cualquier lugar podría convertirse en el País de Nunca Jamás, cualquier lugar puede llegar a transformarse a través de la imaginación del narrador en un espejo del mundo, por más oscuro que sea, por más curioso que sea su ángulo. El mundo ofrece claves que nos permitirán percibirlo, y ordenamos esas claves en secuencias narrativas, que nos parecen más verdaderas que la verdad. Secuencias que inventamos a medida que avanzamos, de modo que lo que llamamos realidad, es lo que contamos sobre la realidad.

Pero Nunca Jamás es un país imaginario, donde los niños no crecen y sólo existen la diversión y la felicidad. Es un lugar habitado por los niños perdidos, liderados por Peter Pan y su hada Campanilla, pero en él existen y habitan: el Capitán Garfio y sus temibles piratas, indios salvajes, y criaturas que habitan en las selvas y aguas profundas... De acuerdo con la leyenda, si alguien desea llegar a este lugar, deberá girar en la segunda estrella a la derecha, volando hasta el amanecer, ahí podrá encontrar también que en la locura la palabra es sustancia exacta, claridad fraguada sostenible... Giremos pues en la segunda estrella a la derecha y dispongámonos a conversar.

El tema que nos convoca este año es tan nuclear en mi trabajo, que desde hace meses se ha corporeizado como un diálogo sordo y continuo dando vueltas en mi pensamiento, a más no poder. Por donde meterle el diente, era la pregunta. Leer, pensar, repensar lo que en la pequeña historia que

me ha tocado, y me toca vivir, ha significado, significa y supone, pues día a día, he de enfrentarme a situaciones en las que, es la cuestión del poder y no otra, la que está en juego.

Desde diferentes ámbitos y estamentos, tanto internos como externos, y en relación a multiplicidad de cuestiones, que van desde lo banal, a lo mas serio y decisivo para alguien, instan a que me posicione y resuelva.

En esta tesitura me veo confrontada cada día, situación siempre difícil de resolver con los consabidos riesgos de las salidas por el exceso o por el defecto, sin que exista, la anhelada y salvadora, justa medida, que me deje en el buen lugar, que sería el *País Que está por venir*, del orden de lo inhumano, y como tal, ajeno y desconocido.

Como siempre tengo referencias literarias que me ayudan a pensar, y que me dan las metáforas que ayudan a cernir algo del tema a tratar.

En esta ocasión las relevantes son: *El museo de los esfuerzos inútiles* de Cristina Peri Rossi y *El desierto de los tártaros*, magistral obra de Dino Buzzati de 1940.

Suele ser la literatura la que orienta, ordena y dirige en muchos casos después la elección de la lectura de textos, ya de la “disciplina”, significante cuyo campo semántico aquí tiene mucho que decir.

En el inicio, encajado como una mano en un guante, Peri Rossi, dice lo que podría ser el poder, ejercido como violencia, creo que mejor definición imposible:

“El espacio que queda entre la espada y la pared es exiguo. Si huyendo de la espada, retrocedo hasta la pared, el frío del muro me congela, si huyendo de la pared, trato de avanzar en sentido contrario, la espada se clava en mi garganta. Cualquiera alternativa, pues que pretenda establecerse entre ellas, es falsa y como tal, la denuncio. Tanto el muro como la espada sólo pretenden mi aniquilación, mi muerte, por lo cual me resisto a elegir. Si la espada fuera más benigna que el muro, o la pared, menos lacerante que el filo de aquella, cabría la posibilidad de decidirse, pero cualquiera que las observe, comprenderá enseguida que sus diferencias son sólo superficiales.

Sé que tampoco es posible dilatar mi muerte tratando de vivir en el corto espacio que media entre la pared y la espada. No sólo el aire se ha enrarecido, está lleno de gases y de partículas venenosas: además, la espada me produce pequeños cortes ‘que yo disimulo por pudor’ y el frío de la pared congestiona mis pulmones.... Si consiguiera escurrirme, la espada y el muro quedarían enfrentados, pero su poder, faltando yo entre ambos, habría disminuido tanto que posiblemente el muro se derrumbara y la espada enmoheciera. Pero no existe ningún resquicio por el cual pueda huir, y cuando consigo engañar a la espada, la pared se agiganta, y si me separo de la pared, la espada avanza. He procurado distraer la atención de la espada proponiéndole juegos, pero es muy astuta, y cuando deja de apuntar a mi garganta, es porque dirige su filo hacia mi corazón. En cuanto al muro, es verdad que a veces olvido que se trata de una pared de hielo y cansado, busco apoyo en él: no bien lo hago, un escalofrío mortal me recuerda su naturaleza. He vivido así los últimos meses. No sé por cuánto tiempo aún podré evitar el muro, la espada. El espacio es cada vez más estrecho y mis fuerzas se agotan. Me es indiferente mi destino: si moriré de una congestión o me desangraré a causa de una herida, esto no me preocupa. Pero denuncio definitivamente que entre la espada y la pared no existe lugar donde vivir”.

Recordar, del latín, *recordis*, es volver a pasar por el corazón... y que sea así está bien... pero no sólo... por lo que hace tiempo intento darle un marco teórico a lo sucedido en Toén, para explicar, cómo cierta lógica clínica introducida en este espacio hospitalario, ha tenido y tiene consecuencias, para los que por allí pasan, viven... y trabajamos, con mayor o menor acierto. Cada cierto tiempo una vuelta de rosca... una lectura, un sedimento.

El poder es una importante cuestión con múltiples aristas, puntos ciegos, paradojas, ambivalencias y sinsabores, a los que hay que intentar dar solución de la mejor manera posible, la cosa no es fácil, aunque disponemos de un arsenal de coartadas variopinto para quedarme si quiero, siempre a salvo y bien parapetada, con la sinrazón y el poder de mi parte... pero parece que no siempre es el caso.

El poder es muchas cosas, y la obra de Foucault es insoslayable y de obligada

lectura. Concretamente imprescindible el conjunto de 12 lecciones que sobre *El poder psiquiátrico*, dictó en el Collège de France entre los años 73-74.

En él, página a página, cuestiona, desmenuza, y pone en el brete tanto al corpus teórico psiquiátrico, entendido en una de sus acepciones: como conjunto de estrategias de poder, como a sus representantes: los psiquiatras.

Es un clásico porque es totalmente actual y aporta luz a los que estamos en espacios psiquiátricos en donde hay un elevadísimo riesgo de caer en el abuso, los despropósitos y la insensatez, pues siempre tenemos como el delirante: “el as para matar el tres” y salirnos si queremos con la sinrazón aunque nuestra, siempre .

En mi experiencia el poder es ante todo una atmósfera y un espacio omnipresente, aunque quiero creer que dulcificado en el hospital en el que trabajo. Como atmósfera es a veces difícil de habitar, y como territorio, complejo de delimitar.

Para Borges *El desierto de los tártaros* es, la presentificación de la postergación infinita pero también, el silencio y la reticencia. Parece que la aridez del desierto, la sequedad y la contención y rigidez de lo militar favorece que ninguno de los personajes, que son bastantes, anuncian claramente sus propósitos o emociones. Ni siquiera su protagonista, el teniente Giovanni Drogo, recién salido de la academia militar y que pasará en la Fortaleza Bastiani 30 años, sin saber por qué. Todos esperan infinitamente que sobrevenga un ataque...que nunca llega. Las conversaciones mueren en sobreentendidos, en silencios incómodos, en reticencias y evasivas que apuntan a una realidad interior: la de la insatisfacción, la de la frustración y el sinsentido, nunca reconocida, pero siempre presente, que va ahogando al lector en una atmósfera cada vez más pesada y agobiante.

Pues bien estas dos referencias literarias describen magistralmente la vivencia subjetiva de mi aterrizaje en el manicomio, cada una está traída aquí por cuestiones diferentes pero en los dos casos es en relación al poder.

Me centraré en el par transferencia e institución para cernir algo sobre este tema.

Transferencia e institución hace referencia a un par clásico en el debate teórico psicoanalítico. Es la pareja de baile con la que los que trabajamos en instituciones, en el sentido de institución total de Goffman, más o menos dulcificada hoy en día, hemos de lidiar.

El encuentro entre el psicoanálisis y la institución nunca ha sido fácil. El psicoanálisis no tiene ninguna razón de ser, ni de estar en las instituciones psiquiátricas, si el deseo del psicólogo, del psiquiatra o de cualquier otro que forme parte del grupo de trabajo, se reduce exclusivamente a responder a la demanda de curación por parte del Otro social, que es en definitiva lo que se nos demanda.

Como bien dice Miquel Bassols: “la institución, sea cual sea, es la forma social que toma el conflicto intrasubjetivo que llamamos deseo, en sus paradojas con la ley social”.

Freud, en su estudio sobre las instituciones, confirmó que éstas se fundaban en procesos de idealización, de identificación con el ideal del yo.

Retomo a Bassols: “las instituciones se fundan necesariamente en la represión del deseo particular del sujeto y en lo que Freud llamaba la satisfacción pulsional”. “No hay institución sin renuncia a una satisfacción pulsional; lo instituido reprime por definición al deseo instituyente, esta es la regla de análisis de toda historia institucional; esta es la ley que sigue, a veces de manera cruda, la historia de las instituciones”.

No hay buen remedio para este conflicto que llamamos deseo en su paradoja con el ideal. Hay elecciones... hay decisiones, que suponen siempre una pérdida y una ganancia... pero no hay solución al conflicto. En todo caso intentaremos que en cada institución, se pueda alojar la particularidad del sujeto de la palabra, desconfiando de los efectos de la identificación, que generan: idealización y segregación como producto, amenazas que pulsán a cada paso queriendo hacerse su lugar mortífero en la vida institucional. Advertidos de ello hemos de obrar en consecuencia.

En una institución de estas características, con sus morrenas y *detritus* acumulados de años de duración, y algunos imposibles, hay que bregar... no queda otra.

La paciencia se impone, a riesgo de ser devorados y fagocitados por ella, todopoderosa e insaciable. En la institución existen formaciones que, como en cualquier lugar, son las del inconsciente, con sus más y sus menos. De modo habitual la inercia se impone, y con ella, una feroz resistencia a aceptar cualquier cambio, por pequeño que sea que abra la posibilidad de la pérdida del *status quo*, en el que cada cuál administra su pequeña cuota de poder como pequeño amo reinando en su minúsculo territorio.

De modo general el concepto institución suele entenderse como un conjunto de normas, la mayoría escritas y reglamentadas, que hay que respetar, cumplir y hacer cumplir, aunque con niveles de aplicación diferentes, entrando así de lleno en el enfangado terreno del poder, con frecuencia arbitrario.

Normas y reglas que apuntan al horizonte ideal que sería imaginariamente alcanzado cuando su cumplimiento sea “total”... sin fisuras, sin malentendidos... Se trata de hacer existir LA LEY con lo que de loca tiene esa aspiración.

De este modo, y derivado de la causa, entendida en el sentido lineal, se intentará domar “lo desviado” que recibe desde los márgenes de lo social que va quedando en la cuneta.

La “desviación” entendida como el síntoma que irrumpe para desbaratarlo todo, hace imposible lograr la idílica paz social, perdida de antemano, pero planteada como meta deseable. Silencio por tanto en vez de ruido, pulsión de muerte en vez de eros.

El riesgo de aplastamiento de la singularidad del síntoma de cada uno, lo más particular que cada uno tiene, se ejerce bajo la consigna del famoso eslogan: “igual para todos” que se pretende aplicar y que se sirve como menú de cada día en el psiquiátrico.

La pregunta a formular sería: ¿cómo ingeniárselas para que el trabajo en una institución, no de nueva creación, si no ya con su historia, pueda ser organizado, sin sucumbir al goce aniquilador estandarizante que pulsa a cada paso? ¿cómo maniobrar en las pequeñas o grandes luchas de poder, que tanto vertical como transversalmente, pulsan por emerger para ejercer el poder que de tan enraizado que está, ni se cuestiona en lo más mínimo o ni siquiera se detecta?

Comentaré como no puede ser de otro modo, mi experiencia en una institución con ya 11 años de recorrido.

Podríamos decir que se trata de una práctica clínica que no se reduce al consabido y archirepetido :“*trabajo en equipo*”. Aclaremos las comillas de equipo. Con frecuencia, bajo ese par significativo se oculta lo que después la realidad diaria revela como de alto riesgo: el efecto de disolución de la responsabilidad subjetiva de cada miembro en el efecto grupo, que como sabemos, se constituye y solidifica, bajo el ideal de completud, sin falta.

“El *todo* equipo” tiene el riesgo bien de taponar la aparición del sujeto, bien de aplastarlo en el consenso de lo que el equipo considera que “*conviene al otro*” al que dirige sus desvelos usando para ello si es preciso, el “*sentido común*”.

Por el contrario, la asunción de la singularidad del uno por uno, permite desarrollar entre otras cosas, la dimensión de la tolerancia frente a las diferentes opiniones expresadas en la dirección de cada caso clínico, y discutir los distintos enfoques o soluciones singulares que cada uno puede aportar a la construcción del caso del cual es responsable. Se trata de intentar des-embrollarse de líos transferenciales que suelen acabar eclipsados en el colapso imaginario, en puntos ciegos o en la serie sin fin de pasos al acto de cuidados y cuidadores sin saber por donde tirar...

Se tratará de descompletar el imaginario de grupo y poner el acento en la solución singular, que tal o cuál sujeto ha inventado para hacer que su goce sea algo más vivible. Obstaculizar la dimensión imaginaria de la transferencia, puede permitir que los sujetos psicóticos ingresados, puedan ponerse a trabajar con su locura para limitar el goce mortífero que puede habitarlos, aunque... hay que saber que esa posibilidad no siempre será posible.

No se puede decir en oposición al término *trabajo en equipo*, que se trate de una “*práctica entre varios*” en el sentido que Miller da a este término, al no compartir la orientación psicoanalítica como referente teórico, todos los que allí trabajamos.

Por tanto: no somos un equipo en el sentido que he señalado, puesto que aquí la responsabilidad no es algo de lo que poder escamotearse ni zafarse,

tampoco una práctica entre varios... entonces ¿qué es esta manera de hacer de la que hablamos? ¿cómo nombrarla?

Me gusta la manera de decir de Antonio Di Ciaccia en su artículo *De la Fundación por Uno a la práctica "entre varios"*.

Dice Di Ciaccia: "hay más de una manera de trabajar entre varios, y esa diversidad depende estrechamente de ese Uno fundador. La articulación entre lo Uno y lo múltiple es esencial. Es ésta articulación misma, lo que nosotros llamamos institución. Luego todas las instituciones no son equivalentes como tampoco lo es su historia. Y la práctica entre varios es pues diferente según el funcionamiento institucional".

Como ejemplos toma la Iglesia y el Ejército. Sabemos que el Uno fundador da cohesión a la masa. En el caso de la religión el Uno fundador es el amor a Cristo. En el caso del ejército será compartir los ideales y delirios lo que da cohesión a lo militar. En ambos casos se generan "segregados", filias y fobias, cuando no directamente, los odios... o las guerras" "a los que están fuera del vaso cerrado institucional se les reserva un desprecio total, el odio sino la guerra".

Nuestro trabajo entre varios, es diría yo "*a nuestra manera*" no se me ocurre otra definición. No se orienta por este Uno del Amo, que si bien lucha siempre por aparecer, puede ser agujereado un poco... para hacerle perder "un algo" de su consistencia... para convertirlo en algo más permeable.

Sabemos que el discurso del amo, con su bien y con su mal, desciende como la roca de Sísifo por los peldaños de los diferentes estamentos, siempre en pugna, con sus convenios en alto, para hacerse el dueño y señor de toda la institución. Ese es el marco de referencia. No es Freud, vía Lacan, de modo global... lo es en una ínfima parte, pero maniobrar con ese resto, con ese poco, con ese no-todo, no sostenido en el Uno del Amo que intenta afianzarse sobre el discurso analítico, que es el reverso del discurso del amo, será de lo que se trate de modo general, sabiéndonos siempre sometidos a cierta precariedad casi estructural.

Hay que aferrarse al deseo existente en relación al psicoanálisis y al efecto de la palabra, como a un clavo ardiendo para no sucumbir.

Se trata de funcionar sin ese Uno del amo, dicho de otro modo, de introducir el A Barrado... que así como quién no quiere la cosa, rompe la supuesta completud... introduciendo la falta y su manejo, y sus declinaciones derivadas que es en definitiva de lo que se trata.

Es un saber hacer del lado de lo femenino en relación con la falta, en contraposición al hacer que dicta la norma fálica imperante. Esto es lo que ha operado a nivel teórico en la reorganización hospitalaria con efectos clínicos y de dulcificación del ambiente de modo general. Poder si... claro, pero no todo arbitrario, y con atisbos de instauración de la autoridad *versus* el poder, con las declinaciones correspondientes en todos los aspectos de la vida institucional. En definitiva el eslogan ahora es mas bien: *a cada uno lo suyo*.

Podríamos decir también que se trata de un saber hacer con la institución, entendida como el texto de las reglas que la rigen, a modo de tablas de la ley bíblica, que deja fuera que primero fue el verbo... En este punto a modificar estamos introduciendo que es posible un trabajo entre varios articulado sobre el deseo en el que tejer una transferencia en red como una tela de araña: sedosa, elástica pero mas fuerte que el acero, bajo una apariencia frágil.

Haré un resumen de lo sucedido dividido en tres tiempos, que son tiempos lógicos equiparables al tiempo de ver, de comprender y de concluir psicoanalíticos.

Primer tiempo: La llegada a una institución marcada por el abandono y la violencia institucional me confrontó con un real, entendido como lo que vuelve siempre al mismo lugar, que era insoportable para mí y que no era otro, sino el poder y la violencia ejercida del modo acostumbrado en estos territorios. Un acto, en relación al tratamiento de un paciente psicótico muy grave, chivo expiatorio de toda la institución, ponía al amo gerencial contra las cuerdas, para recordarle que aquel territorio era ingobernable, eso activó mi deseo y puso en juego la ética como analista. Los efectos, después de muchos avatares, fueron: cierta pacificación general, la introducción de cierta des-completud necesaria, que generó como afecto, el entusiasmo por un proyecto posible y un deseo de saber inédito hasta esa fecha.

De la norma fálica de funcionamiento, con su consabido: “para todos” hubo un pequeño resquicio para el no-todo...que hizo aflorar la singularidad, y la posibilidad de que la palabra fuese acogida como algo pacificador, y que las explicaciones, formuladas hasta entonces en términos de conductas, pasasen a ser entendidas como actos con un sujeto responsable, mas allá de su mayor o menor locura, instaurando así una nueva dimensión clínica y unas intervenciones orientadas por otra lógica clínica. Es decir, no fue por la vía de la identificación o del ideal, sino por la vía del acto, que algo pudo producirse.

Fue un tiempo de intenso clínica y teóricamente marcado por el afecto del entusiasmo que pudo sostenerse durante unos años.

Segundo tiempo: Unos años más tarde, fue un nuevo acto el que de nuevo cambió el escenario, reorientando de nuevo el rumbo. En esta ocasión, el acto, entendido como aquello que produce un corte, que introduce “un antes y un después”, consistió en la denuncia del estado calamitoso de las instalaciones a los responsables de la administración sanitaria y política implicados, a través de las pertinentes cartas y fotos que visibilizaban el estado abandonico del lugar en cuestión.

Los efectos transferenciales no se hicieron esperar. Fueron demoledores. Irrumpieron bajo el paraguas del odio, revestido de buenas intenciones, desde los múltiples sectores implicados: trabajadores, profesionales, partidos políticos, sindicatos y población general, todos se unieron con la intención de disolver desde dentro, un proyecto que demandaba dignidad y respeto por los derechos de los que allí estaban y trabajaban. Los trabajadores, coagulados bajo el epígrafe “personal”, como colectivo que excluía a los profesionales denunciantes, se vieron así cuestionados en el ideal que les sostenía como grupo, y surgió la división subjetiva y las responsabilidades grupales e individuales hicieron aparición de múltiples maneras, según el estilo de cada cuál.

La respuesta, muy ruidosa en lo social, y en el lugar de trabajo, y de mucha duración en el tiempo... (años) estaba encaminada a intentar tapar la propia falta y responsabilidad en lo ocurrido, acabó cuajando en un discurso cínico y paternalista, que a la manera de un amo, decía saber lo que el otro mayoritario de la psicosis necesitaba: paz, tranquilidad, paseos, naturaleza...

y alejamiento del mundanal ruido, negándose con firmeza a admitir que lo que el discurso manifiesto vociferaba era indefendible desde el punto de vista de la ética y de mínima honestidad. Estábamos en el discurso de lo cínico.

Tercer tiempo: Ya el de concluir una historia, y empezar otra en otro lugar, esta vez desde la dignidad de unas instalaciones estupendas, se plasmó en un repetir en fotomatón, no sólo el funcionamiento antiguo, sino en traer a la nueva realidad arquitectónica, además del viejo discurso de la segregación y del paternalismo, los malos augurios... que como plagas iban a caer al decidir salir de “lo natural... del campo” como había sido siempre, y pasar por cercanía a “un rural más urbano”.

El cambio sería como presagiaban la madre de todos los vicios y desmanes... la madre de todas las desgracias: atropellos en la carretera, problemas con la vecindad... y hasta riesgos de otros órdenes... pensados pero no dichos, y por supuesto, la imaginada añoranza del paraíso perdido... al que todos querrían regresar.

Como era de esperar, la plaga bíblica no hizo su aparición, pero fue en la vía de lo administrativo, en el proyecto clínico organizativo necesario para ordenar el día a día de la institución, en donde el rechazo fue frontal. Decidimos no entrar en escalada imaginaria... al fin y al cabo no por qué esté escrita tiene mas valor. Frente a la reivindicación: que todo siga como estaba, como resistencia explicitada, el cambio se introdujo implícitamente, sin hacerlo escrito, en un como quién no quiere la cosa... sin ruido... sin amenazas, sin enfados, sin chantajes... pero sin retroceder.

Los varios que trabajan juntos no están unificados como dice Di Caccia verticalmente por identificación al Uno que es el amo, aunque la institución fuerza siempre a hacerlo existir, a darle consistencia y cuanto mas mejor sino que al contrario, los varios son solidarios de la interrogación horizontal y solidaria, que cada uno porta en su encuentro singular con el otro con el que habita, esté afectado de psicosis, en mayor o menor medida, o de graves neurosis muy actuadoras y solidificadas debido al efecto de un discurso en donde, lo educativo, explicable y entendible, es la norma que ha ido fraguando durante años al circular por muchos y variopintos dispositivos psy.

Su correlato esperable acorde a esa tesis es aplicar lo corregible y alcanzable, incluso con tiempos programados para cada malestar... en el que se busca el supuesto bien del sujeto, conforme al ideal de la psicoterapia. En su defecto y ante el fracaso se buscará conseguir el silencio sintomático, pretendiendo incluso el adiestramiento o la domesticación del síntoma, ignorando que es ineducable e ingobernable con la razón y la voluntad.

Desde luego, es mucho esperar que puedan evacuarse los fenómenos imaginarios que contaminan la institución, y que complican las redes transferenciales, que repartidas entre las intervenciones de lo multidisciplinar están a cada paso haciendo aparición, con sus embrollos y malentendidos permanentes, y que en muchas ocasiones acaban en pasos al acto, o en la promoción de locos proyectos e intervenciones orientadas por lo que se supone es, lo que el otro precisa, sin facilitar lo que debe de ser deseable: cuestionarse con los otros la propia práctica, en donde cada uno está llamado constantemente a ser responsable en primera persona sin ninguna coartada del tipo que sea.

Más allá de las jerarquías inherentes a cualquier institución al uso, propias de un hospital psiquiátrico, con multiplicidad de estamentos, que trocean y compartimentan al sujeto objeto de desvelo de cuidados, espacios y terapias varias, y con el riesgo de ser disputado en aras de la intervención de cada uno, alguien en la institución deberá de mantener abierto un vacío, incatrizable, encarnándolo de modo nuclear.

Como dice Di Ciaccia “no pues, amo, ni amo del saber, sino servidor de esta tarea y garante, de que cada uno de los múltiples del equipo, puedan relacionarse en su trabajo con los otros”, es a ese punto central que Di Ciaccia llama: *el Uno del vacío*.

Uno del vacío, que despejará las relaciones de los efectos imaginarios, de las rivalidades internas o externas al grupo, y entre los varios constituyentes, porque sabemos que las rivalidades lo que generan es parálisis, empobrecimiento del trabajo, aplastamiento del deseo y triunfo del desencanto. Así, el cada uno de la institución, está llamado a fundarla a partir del propio vacío, vacío que no es otro, que el vacío de su propio ser...al que se confronta, intentando dar cabida a la invención, a la sorpresa, y evitando el

más de la repetición y del paso al acto de cuidados y cuidadores que sabemos es una amenaza constante.

Pero vayamos un poco más. Estamos inmersos en un lugar que está, y precisa de un trabajo en red con múltiples dispositivos.

De modo habitual en la institución los casos presentan fenómenos de irrupción de goce con manifestaciones en el cuerpo y en la actuación: consumos de tóxicos o de fármacos en exceso, errancias, aislamiento, agitación, ausencia de lazo social...violencia, desvitalización grave, pasajes al acto, acting outs...marginalidad, promiscuidad...

El diseño de las estrategias a realizar no buscan la erradicación de lo disruptivo como comentaba antes, sino la inserción en un discurso. Se trata de que el síntoma pueda ser alojado en el Otro, lo que implica un fiarse de los poderes de la palabra como V. Coccoz dice en su artículo: "*Modalidades de la transferencia reticular*".

Los recursos puestos en marcha intentarán restablecer el lugar del sujeto apoyándose en la autoridad que la transferencia otorga, y desplazarla hacia la modalidad simbólica de la intervención, de tal modo que evite el colapso imaginario. Así se va perfilando una transferencia plural que como ella dice de modo muy acertado, podría llamarse reticular.

"Esta operación crea el marco simbólico que permite una atmósfera adecuada para el rescate del sujeto presa de la pulsión de muerte" V. Coccoz.

En todo este proceso las indicaciones y contraindicaciones formuladas, tanto implícita como explícitamente, están orientadas a poder encarnar un Otro regulado y no caprichoso, permeable a la excepción que el síntoma representa, alejado de ese Otro perseguidor, feroz y sin ley, que suele ser el de la norma institucional que tiene a gala la instauración de reglas y manuales. El sujeto ha de ser parte activa del proceso y hay que estar atentos para evitar el riesgo fácil de la cosificación.

Pero la institución tiene también una función básica que es la del acogimiento en el sentido de ofrecer hospitalidad, de ofertar cuidado y protección limitando en lo posible el goce que desatado acaba en acting o en pasaje al acto.

El trabajo en red busca conseguir un punto de anclaje del sujeto que le incluya en un discurso, intentando evitar la marginalidad, la exclusión y la segregación. Solidario el registro del síntoma, como un valor de verdad del sujeto, como una verdad reprimida que se hace escuchar en él, está el registro de la transferencia, que para Lacan esta vinculado al uso del tiempo de comprender.

La institución debe de servir como medio de introducir el tiempo de comprender de cada sujeto, en una época en la que el intervalo entre el deseo y la satisfacción se acorta cada vez más. Se acorta tanto que tiende a ser inmediato, a desaparecer, dando forma a la clínica actual gobernada por la prisa de los que llegan, de los que están y de los que quieren salir... de donde sea... sin olvidar que, en el psicótico no sólo hay transferencia, sino que además es fundamental situarse bien en ella para poder operar con él de la buena manera.

Para concluir como Zenoni comenta en *La orientación analítica en la institución psiquiátrica* la cuestión a dilucidar es entonces saber si el psicoanálisis puede aclarar, guiar, y orientar la práctica hospitalaria como tal; si puede permitir ejercer una acción médica y de asistencia, de ayuda y de albergue adecuada para dar lugar a la clínica del sujeto, tomando como referencia las diferentes modalidades de retorno de lo real de la pulsión en el contexto de una vida institucional.

No se trata de saber si el psicoanálisis tiene un lugar entre las otras prácticas del campo médico-social, sino si esas otras prácticas pueden ejercerse teniendo en cuenta las hipótesis del psicoanálisis. Se trata de saber si los discursos que atraviesan una institución inscrita en el campo médico-social pueden ser orientadas por las preguntas del psicoanálisis.

Quizás también haya que estar empujada /os para sostenerse, por un cierto "entusiasmo irracional"... quizás... es más... casi seguro.

Gracias.

Chus Gómez. Piñor, 8 de mayo no del 1968 sino de 2016.

BIBLIOGRAFÍA:

RIVAS, E. *Pensar la psicosis. El trato con al disidencia psicótica o el diálogo con el psicótico disidente*. Madrid: Miguel Gómez Ediciones, 2005.

FOUCAULT, M. *El poder psiquiátrico. Curso en el Collège de France (1973-1974)*
Ed. de Frédéric Gros; Ttrad. de Horacio Pons; Buenos Aires: FCE, 2005

HUERTAS, R. *Foucault, treinta años después*. A propósito de *El poder psiquiátrico*. R. Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia; 2006. Vol.LVIII, n°2 , julio-diciembre, págs. 267-276, ISSN: 0210-4466.

FERNANDEZ BLANCO; M. Transferencia e Institución; Conferencia Sección Clínica de Milán del ICF.

BUZZATI, D. *El desierto de los tártaros*. Madrid: Alianza Editorial, 2004.

PERI ROSSI, C. *El museo de los esfuerzos inútiles*. Barcelona: Seix Barral, 1983.

La práctica entre varios. Cuadernos de psicoanálisis. Número 28. *Revista del Campo Freudiano en España*. Ediciones Eolia.

El psicoanalista en la Institución. Cuadernos de psicoanálisis. Numero 27.

Revista del Campo Freudiano en España. Ediciones Eolia.

La histeria y el poder

José María Álvarez. Psicólogo clínico. Psicoanalista ELP-AMP
Valladolid.

Correspondencia: alienistas@me.com

Una de las características del sujeto histérico es su relación de tensión con el poder y de desafío con quienes lo detentan. No hay nada más tentador para un histérico que poner en aprietos a los que se arrogan esas posiciones de poder y de saber. La cosa es que, incluso en nuestro pequeño mundo de la clínica mental, donde cabría suponer que estamos persuadidos de esa querencia, muchos especialistas recogen el guante y bajan a la arena a librar una batalla en la que a menudo salen trasquilados. Quizás por eso Foucault dijo que la histérica era la primera militante de la antipsiquiatría, “el reverso militante del poder psiquiátrico”¹.

A partir de ese desafío al poder y al saber, evocaré dos gestos míticos, cinco definiciones imposibles de la histeria y dos definiciones posibles del sujeto histérico.

1. DOS GESTOS

La lectura foucaultiana de la liberación de los locos, ilustrada en el célebre óleo de Tony Robert-Fleury, “Pinel délivrant les aliénés à la Salpêtrière en 1795”, pintado en 1876, revela que tras ese gesto liberador se esconde el encadenamiento del loco al discurso psiquiátrico. Aunque estuviera fuera de las pretensiones de Pinel, ese sutil engarce se desarrollaría paulatinamente mediante la ideología de las enfermedades mentales, lo que implicó la paulatina transformación de toda rareza y disonancia en enfermedad

¹ FOUCAULT, M. *El poder psiquiátrico Curso en el Collège de France (1973-1974)*. Buenos Aires: FCE, 2007, p. 165.

susceptible de ser tratada y normalizada. De espaldas a la historia y al sujeto, deslumbradas por los ideales neurocientíficos, la psicología y la psiquiatría hicieron acopio de mil argumentos cognitivos y cerebrales para justificar su silencio con la locura y el desplazamiento a los servicios sociales. El bienintencionado gesto de Pinel fue usado para acometer fines contrarios: cuanto más progresaban las ciencias de las enfermedades psíquicas y se perfeccionaban y generalizaban sus tratamientos, mayor era el número de enfermos encadenados a la salud mental.

Poco más de cien años separan el gesto de Pinel y el Freud, el segundo gesto mítico. Sentado frente a la díscola e histérica Dora, el Señor Profesor, después de escuchar pacientemente sus múltiples quejas y protestas, le dice que si quiere curarse debe comenzar por asumir la responsabilidad que tiene en el desorden del que tanto se lamenta². A diferencia del insigne médico ilustrado, Freud no se encarga de soltar los grilletes, o de ordenar hacerlo, sino que compromete al propio sujeto con su liberación. Su posición semeja a la del barquero del Hades, Caronte, el guía de las sombras errantes de los difuntos.

Aunque separados por un siglo y dos idiomas, aun atendiendo a enfermos muy distintos, los gestos de Pinel y de Freud se inscriben, en mi opinión, en una serie. El de Freud responde al de Pinel, lo corrige y lo revitaliza. Heredero de la clínica clásica, el psicoanálisis vivificó al discurso médico-psicológico de las enfermedades mentales, un discurso grandioso en cuanto a las descripciones psicopatológicas pero insuficiente en todo lo que fueran explicaciones acerca de la condición humana. De esta forma, la clínica clásica se reorienta con el psicoanálisis gracias a la histeria, es decir, al sujeto insatisfecho que no soporta la grandilocuencia del amo del poder y del saber, un sujeto que goza demostrándole que ni su poder ni su saber sirven de nada con él.

² Cf. S. FREUD, "Análisis fragmentario de una histeria ("Caso Dora)". En *Obras Completas*, vol. VII, Buenos Aires: Amorrortu Eds., 1976, pp. 1-107.

2. CINCO DEFINICIONES IMPOSIBLES DE LA HISTERIA

De la histeria se ha dicho de todo y con todos los tonos y actitudes posibles. El discurso médico-psicológico se las ha visto y deseado para definirla, pese el empeño que muchos de sus representantes pusieron y las buenas dotes de observación que demostraron en otros terrenos. La primera dificultad la encontraron en las múltiples formas que adoptaba y en la falta de leyes que la regían. Este aparente desorden acabó por enfrentarla con malos modos y despreciarla abiertamente, por desmerecer también a quienes le seguían dando crédito.

La primera definición que mencionaré es la Sydenham, quien se la figuró proteiforme, siempre cambiante. Tantas y tan variadas son las manifestaciones de la histeria que, queriendo definirla, acudió a su mente la luminosa comparación con Proteo, el dios dotado del inusual don de metamorfosearse en cualquier cosa que se le antojara³. Para un médico como Thomas Sydenham, acostumbrado a tomar nota de lo que la naturaleza muestra, tanta versatilidad derivaba en una seria dificultad de discernimiento, pues cuanto más camaleónica sea la enfermedad mayor será la dificultad de aprehenderla.

La segunda definición imposible proviene de Briquet. Este internista, respetuoso seguidor “del estudio de las ciencias positivas”, se propuso describir leyes generales que explican el funcionamiento de la patología histérica y la correlación de los síntomas y los procesos patológicos. “Me encontré –añade Briquet– con que en todo lo que se había escrito acerca del tema había mucho más de imaginario que de verdadera comprensión de su naturaleza”⁴. Comprometido con su profesión, redactó un amplísimo *Tratado* lleno de detalles clínicos, aunque jamás halló una sola de las leyes generales que explicaran la histeria. Tres décadas más tarde, Georges Gilles de la Tourette escribió una historia de la histeria, y, después de alabar a Briquet, tumbó toda

³ Th. SYDENHAM, «Epistolary dissertation. Letter to Dr. Cole (Londres, 1681-82)» y «On the affection called hysteria in Women; and Hypochondriasis in Man», en *Works of Thomas Sydenham, M.D.*, trad. R. G. Latham, vol. 2. Londres: The Sydenham Society, 1850, pp. 56-118 y 231-235, respectivamente.

⁴ Cf. P. BRIQUET, *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, París: Baillière e Hijos, 1859

su argumentación al afirmar: “[Briquet, quien] creía haber visto casi todo, se hizo también demasiadas ilusiones cuando creyó haber descubierto las leyes que rigen la histeria, [...]. Pero en cuanto a leyes generales que relacionen este conjunto tan complejo, no encontramos en él ninguna”⁵.

Si la histeria es camaleónica en sus manifestaciones y sus leyes son inaprensibles, el mero hecho de definirla se vuelve una tarea compleja, quizás imposible. Eso es lo que pensó Lasègue, quien después de mucho cavilar, sentenció: “La definición de la histeria jamás ha sido dada y jamás lo será”⁶. Este apotegma, asombroso si se tiene en cuenta que proviene de uno de los más eminentes psicopatólogos del siglo XIX, debería completarse: desde un modelo biomédico, la definición de la histeria jamás se podrá formular. La máxima de Lasègue anuncia –para algunos también justifica– la renuncia de la clínica psiquiátrica a entender la histeria, una renuncia que se materializó en francos desprecios a las histéricas.

A las definiciones de Sydenham, Briquet y Lasègue, sigue la de Gaupp. En 1911, este psiquiatra de Neuenbürg recomendó, sin más miramientos: “¡Desháganse del nombre y del concepto de histeria! No existe la histeria [...]”⁷. El texto de Gaupp acerca de la histeria muestra la posición habitual del discurso psiquiátrico frente a esta alteración. Al negarle su existencia, el problema desaparece, como cuando los niños cierran los ojos para sacudirse los miedos. En realidad, desde otra perspectiva, esta negación dice más de la impotencia de quien niega que de lo que se niega.

La última definición proviene de Eliot Slater. Al contrario de lo que acabo de proponer, este psiquiatra londinense señala que el diagnóstico de histeria es un disfraz para cubrir la ignorancia y una fuente habitual de errores clínicos. La histeria no sólo es una ilusión, sino sobre todo una trampa en la que caen algunos desaprensivos. Por eso recomienda devolverla a su lugar

⁵ Cf. G. GILLES DE LA TOURETTE, *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie d'après l'enseignement de La Salpêtrière. Première partie: Hystérie normale ou interparoxistique*. París: E. PLON, Nourrut et Cie, 1891.

⁶ LASÈGUE, Ch. E.: «Des hystéries périphériques» [1878], en *Études médicales*, vol. II, París: Asselin et Cie., 1884, p. 78.

⁷ GAUPP, R.: “Über den Begriff der Hysterie”, *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1911, vol. 5, n.º 1, pp. 457-466 (p. 457).

natural: la neurología⁸. Con esta arriesgada pirueta, Slater transforma la propia ignorancia en la ignorancia de los otros. Definitivamente, la histeria acaba triunfando allí donde alguien tiene a gala demostrar sus atributos de poder y saber.

Como se ve, desde este punto de vista científicista, la histeria no se deja definir. Es una maestra en escabullirse y disfrazarse. Lo que a ojos de los impotentes observadores se revela torva, mal intencionada, mentirosa, simuladora, egoísta, inaguantable.

Pero la histeria no deja de existir aunque se la niegue. Quizás haya que interrogarse sobre el empeño en negarla y los usos del poder y el saber que se han empleado para ello. Puede que el científicismo haya enfocado mal el estudio de la histeria, o que este punto de vista sea radicalmente inapropiado para estudiar y tratar la histeria precisamente por la esencia de esa alteración, tan dada a desautorizar a los amos del poder y el saber. Y estos amos, heridos en su narcisismo, han radicalizado sus posiciones: por el lado del saber, se la niega o se la traslada a la neurología, de donde salió hace más de un siglo; por el lado del poder, se toman posiciones autoritarias y medidas coercitivas.

3. DOS DEFINICIONES POSIBLES DEL SUJETO HISTÉRICO

Existen, como es natural, otros puntos de vista en el estudio del *pathos*. Si se parte del gesto de Freud que enfatizaba la relajación inexcusable del sujeto con su síntoma, la histeria muestra otros relieves. El más importante, a ojos de Freud, consiste en la llamativa estrategia de mantener permanentemente la insatisfacción del deseo y la distancia con el objeto, aspectos ambos ejemplarmente mostrados en la interpretación del sueño de la Bella Carnicera. En efecto, el sujeto histérico hace todo lo posible por mantenerse insatisfecho, como si gracias a una superflua insatisfacción lograrse ponerse a salvo de esa falta por excelencia que es la falta-en-ser. La definición del histérico como aquel que elige la insatisfacción para mantenerse

⁸ Véase, en especial, E. SLATER: "Diagnosis of 'Hysteria'", *British Medical Journal*, Mayo 1965, 1, 1395-1399.

en el deseo, pone de relieve una constante que aúna un conjunto de sujetos aparentemente muy heterogéneos en cuanto a sus manifestaciones sintomatológicas. La predilección por la insatisfacción es, sin duda, la ley que buscaba Briquet.

La segunda definición la entresaco de unos comentarios de Lacan en *El reverso del psicoanálisis*, cuando acierta a resaltar la posición característicamente histérica con las siguientes palabras: “Lo que la histérica quiere [...] es un amo. [...] Quiere que el otro sea un amo, que sepa muchas cosas, pero de todas formas que no sepa las suficientes como para no creerse que ella es el premio supremo de todo su saber. Dicho de otra manera, quiere un amo sobre el que pueda reinar. Ella reina y él no gobierna”⁹. Este comentario no sólo define la actitud del sujeto histérico con el poder y el saber, sino que ilumina las impotencias de aquellos clínicos que lo acometen mediante desprecios o negativas.

4. CONCLUSIÓN

Como ya he dicho, desde siempre la histeria se ha mostrado ingrata y reidora con quienes hacen ostentación de saber o poder. Tampoco ha reído las gracias a los discursos hegemónicos. Al contrario, siempre que se tercia la ocasión les saca los colores. Por eso se la ha barrido de la escena *psi* y de las clasificaciones psiquiátricas internacionales. Por eso también hay quienes están empeñados en devolverla a la neurología, al que consideran su territorio legítimo. Pero si la histeria ha sido capaz de poner en jaque tantas teorías insustanciales, humillar a los más engraidos y señalar a los farsantes, por qué no seguir confiando en su buen criterio. Gracias a su proverbial insatisfacción, estoy seguro que la histeria contribuirá una vez más a poner las cosas en el sitio que conviene, esto es, en el del sujeto dividido que habla para saber y así curarse.

⁹ LACAN, J.: *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 17. El reverso del psicoanálisis 1969-1970*. Barcelona: Paidós, 2004, p. 137.

La Otra psiquiatría del otro lado del Atlántico

Carlos Nosedá. Psiquiatra
Buenos Aires

1) Nosotros, del otro lado del Atlántico, argentinos, latinoamericanos, ingresamos a la modernidad como colonia del Imperio de España. Sostiene Marx en el “Manifiesto”: “La gran industria creó el mercado mundial, ya preparado por el descubrimiento de América”, (soy de los que creen que Marx no ha muerto, sino que Marx ha vuelto). Desde el descubrimiento hasta nuestros días, todo se ha convertido en capital europeo o, más tarde, norteamericano. Como tal se ha acumulado y se acumula en los lejanos centros de poder. “En la alquimia colonial y neocolonial, el oro se transfigura en chatarra, y los alimentos en veneno”, afirmaba Eduardo Galeano en *Las Venas Abiertas de América Latina*.

2) Tal situación de carácter estructural también se reflejó en el campo intelectual. La existencia de “un aparato de colonización pedagógica” (A. Jauretche, J.A. Ramos) continúa siendo un aparato ideológico eficaz de dominación. Vivimos esperando que desde la metrópoli venga la verdad. Desde Viena primero, desde Londres más tarde y finalmente de París. Esto tan manifiesto en el pensamiento socio-político, tiene sus consecuencias también en el campo psiquiátrico y psicoanalítico.

3) Aunque en la actualidad el poderoso aparato cultural académico y periodístico norteamericano ha logrado homogenizar, casi a nivel planetario, un pensamiento único traducido a una lengua única y representado por la clasificación DSM de la American Psychiatric Association que ya no distingue entre países centrales y periféricos. La C.I.E. de la OMS se ha subordinado en la práctica a la política cultural de América del Norte. Esta imposición de categorías clínicas que ordenan el campo psiquiátrico hegemónico con-

temporáneo no siempre da cuenta del complejo fenómeno de recepción de ideas en cada región. Entre otras cosas porque este proyecto hegemónico no ha devenido aún en el paradigma dentro del cual formula sus problemas y encuentra sus soluciones el conjunto de la comunidad de psiquiatras. Un ejemplo de ello es el movimiento de la “Otra psiquiatría”, aquí en Valladolid; o nuestro grupo en Buenos Aires; entre otros que enfrentan de forma crítica este modelo. En este sentido, no hay “una psiquiatría”, hay “psiquiatrías”.

4) Quizá entonces podamos acordar que existe un Proyecto Psiquiátrico Hegemónico dentro del cual las enfermedades mentales devienen desórdenes o trastornos de alguna neurotransmisión cerebral. Y que su corrección sería factible mediante la molécula psicofarmacológica apropiada. Una brutal simplificación de la ecuación patogénica y etiológica que fascina a muchos: tanto a los psiquiatras y psicólogos que creen o quieren creer que es así, como a la población que consulta. El abandono de la reflexión psicopatológica corre en paralelo con el auge de las neurociencias. Que en su “espíritu de conquista” ambicionan explicar todo el comportamiento humano. Incluso en algunas de sus vertientes pretendiendo localizar en la anatomía cerebral las funciones subjetivas. Es decir, reducir la psique y la subjetividad a la organización y el funcionamiento de “la máquina neuronal”. En una palabra, llevar a la práctica, el viejo deseo, más dormido que superado de suprimir al sujeto.

5) Del otro lado del Atlántico, hemos sido precoces en preocuparnos y ocuparnos de estas cuestiones tan antiguas como actuales. Una vez constituida la primer matriz disciplinar de la psiquiatría en la Argentina hacia 1890 en el siglo XIX, liderada por Lucio Meléndez y su grupo de freniatras en Buenos Aires (como gustaban denominarse) (sigo aquí la tesis central de Juan Carlos Stagnaro); tal matriz inicial siguió, y tal vez, de manera ineludible, los caminos trazados por el positivismo. Formulando sus problemas dentro del paradigma de “Las Enfermedades Mentales” (Lanteri-Laura). Su conformación también requirió que se crearan las condiciones de posibilidad. Esto es: la creación de “asilos para locos”, manicomios u hospicios. Lugares en que se reunían las condiciones de observación necesarias de la conducta de los alienados. Menciono los dos más característicos de la ciudad de Buenos Aires: “El Borda”, el hospital neuropsiquiátrico de hombres, fundado en 1865 con

el nombre de San Buenaventura y rebautizado en 1888 como Hospicio de Las Mercedes, hasta adquirir en 1967 su nombre actual, José T. Borda. Y, por otro lado, “El Moyano”, el neuropsiquiátrico de mujeres. Habiendo sido fundado en 1854 como Hospital Nacional de Alienadas para recibir luego su nombre actual, Braulio Moyano. Todos estos cambios de denominaciones no ocultaron ni pueden ocultar sus características de “institución total” (I. Goffman) ordenadas según la lógica manicomial del encierro.

6) En 1940, Enrique Pichón-Riviere, hijo de inmigrantes franceses, co-fundador de la Asociación Psicoanalítica Argentina, primera institucionalización del psicoanálisis en Latinoamérica reconocida por la I.P.A., comienza sus trabajos teórico-clínicos con las psicosis, como jefe de servicio en el Hospicio de Las Mercedes. Inventa allí dispositivos terapéuticos novedosos que más tarde denominará: “grupos operativos”. Incluye en su coordinación primero a los enfermeros del servicio y luego a los pacientes mismos. Experiencia inédita en la Argentina y no sé si en el mundo. Décadas antes que aparecieran “las comunidades terapéuticas”. Comenzó al mismo tiempo un trabajo teórico que entre otras cosas lo llevó a su concepción de “enfermedad única” según la cual existiría un núcleo patogénico fundamental de carácter melancólico (depresivo) con respecto al cual todas las enfermedades mentales serían intentos más o menos fallidos de solución. Influido, en este sentido, por la obra de Griesinger. Quien afirmaba que “El período inicial de todas las enfermedades mentales (si se exceptúan aquellas de causa orgánica conocida) es un estado melancólico”. Podría decirse que ya realiza una operación intelectual de “recuperación de los clásicos”. Quiero destacar, entonces, que ya en esa época, Pichón-Riviere, lleva una psiquiatría abierta también a las ideas freudianas al hospicio y la aplica al tratamiento de pacientes psicóticos. Enmarco dicha experiencia como una experiencia “alternativa” a la psiquiatría oficial. Pichón, un ser multifacético, fue un apasionado de la literatura y el arte dedicando gran parte de su obra a la investigación de los mecanismos creativos (“el proceso creador”). Así, tradujo la obra de Isidoro Duccasse, el Conde Lautremont, nacido en Montevideo, Uruguay, en 1846. No se tienen datos muy ciertos sobre lo que fue su existencia tampoco sobre cómo ocurrió su muerte teniendo apenas veinticuatro años. La hipótesis de Pichón es que posiblemente se halla suicidado. Se sabe que sus huesos fueron a parar al osario

común del cementerio Norte en París. Pionero desde estas orillas del Río de la Plata de las corrientes surrealistas. Reconocido luego por André Breton. Esta pasión, por los escritos surrealistas, fue compartida luego con Jacques Lacan, cuando en 1951, Pichón viaja a Europa, y es invitado por “el maestro francés” a su casa en París. Con el tiempo esto los llevaría a entablar amistad. El estudio de la relación entre el arte y la locura juega un papel central en su trabajo teórico. Tomando como punto de partida el concepto de Freud sobre lo siniestro: aquella especie de lo espantoso que es propia de las cosas conocidas y familiares desde tiempo atrás, Pichón observa que lo maravilloso surge como superación de lo siniestro. Y que lo maravilloso es, a su vez, un grado de la belleza. Incluso va a sostener que lo siniestro es una característica preponderante de la cultura española: Goya, Dalí, Picasso (“...cuyos cuadros causan, con mayor profundidad, un matiz muy definido de lo siniestro, que es “lo espantoso”). También ubica esta cuestión en las distracciones populares como “las corridas de toros”, “una ceremonia típica de muerte”, afirma.

7) Quiero compartir con ustedes, apenas señalar, muy brevemente otra experiencia. Entre 1956 y 1971, Mauricio Goldenberg, psiquiatra con formación analítica, crea y dirige un Servicio de Psicopatología dentro de un Hospital General, poniendo en jaque al poder manicomial y demostrando en la práctica que las personas con problemas psiquiátricos podían ser atendidas en los mismos hospitales que aquellos que padecían de cualquier otra patología. Siguiendo en este sentido la dirección iniciada en la década anterior por Ramón Carrillo, la “experiencia Goldenberg” que se conoció como “la escuela del Lanús” (por la localidad de la provincia de Bs.As. donde se encontraba el Policlínico “Aráoz Alfaro” (después Policlínico “Evita”) fue una experiencia fecunda y de múltiples consecuencias para toda una generación de psiquiatras y analistas. Algunos de ellos exiliados en España durante nuestra última dictadura militar de 1976, como Valentín Barenblitt en Madrid y Víctor Korman en Barcelona. La “escuela del Lanús” intentó una amalgama ad hoc de psiquiatría social-comunitaria, terapia familiar y de grupo y psicoanálisis de frontera. La impronta de esta experiencia también significó la invención de dispositivos alternativos al modelo psiquiátrico imperante que generó resistencias.

8) Ambas experiencias y después durante la década del 60-70 otras orientadas por los movimientos antipsiquiátricos, como en muchos otros lugares del mundo, significaron aportes fundamentales a la reforma de los manicomios y a mejorar las condiciones de vida de los sujetos allí alojados. David Cooper estuvo en dos oportunidades viviendo en la Argentina. Quizá el aporte teórico para el entendimiento de las enfermedades mentales de estos movimientos no fue uno de sus aportes más significativos, como lo fue la conmoción demoledora a la lógica del encierro manicomial y sus instituciones.

9) 1980: se publica el DSM.III. Han desaparecido misteriosamente no sólo las neurosis sino prácticamente las todas principales categorías clínicas de la "psiquiatría clásica". El psicoanálisis y los psicoanalistas dejan de ser interlocutores válidos. El acorazado del positivismo psiquiátrico pone su proa hacia la conquista del mundo. Se anuncia "la década del cerebro". Un renovado "neuro-cientificismo" más temerario que científicamente sustentado invade la clínica. El psiquiatra deja de construir su saber en el diálogo con sus pacientes a la espera de un saber que es producido por los expertos en los laboratorios de psicofarmacología. La industria farmacéutica se constituye en un actor protagónico. Ingresamos definitivamente en otra época. La psiquiatría se saca de encima el estorbo del sujeto y la subjetividad siempre en conflicto. Al menos, momentáneamente. Es el extravío biologizante más formidable. Se instala una psiquiatría "basada en el delirio de las evidencias".

Coincidimos con la caracterización que hace F. Colina de esta nueva situación: "...la gran institución opresora ya no es el hospital psiquiátrico sino el discurso de los aparatos ideológicos de la psiquiatría".

10) La respuesta a la misma del otro lado del Atlántico, no tardará en hacerse oír. Nuestro grupo, entre otros, comenzará un trabajo de crítica sistemática dirigido a desenmascarar los nuevos productos ideológicos.

Sostiene J. C. Stagnaro: "...para encarar una psiquiatría atravesada por una ética respetuosa del sufrimiento humano se debe partir de una crítica radical del modelo biomédico reduccionista en la especialidad".

Dentro de este marco se inscriben las distintas producciones de nuestro

“Capítulo de Epistemología e Historia de la Psiquiatría” de APSA. Se inventan diversos dispositivos a tal efecto:

- La creación del Capítulo en sí mismo (Congreso de Psiquiatría de Bariloche-1995)
- El lanzamiento de la revista “Temas de la Historia de la Psiquiatría Argentina” (1997)
- La realización de los “Encuentros Argentinos de Historia de la Psiquiatría, la Psicología y el Psicoanálisis” (1999)
- Desde 2008 la participación de nuestro grupo como integrante y co-fundador de la “Red Iberoamericana de Historia de la Psiquiatría”
- La fundación de la editorial “Polemos” y su colección “Los Grandes Clásicos de la Psiquiatría”.

11) Quizá una afortunada síntesis de nuestras posiciones clínicas y de algunas de nuestras preocupaciones teóricas estén reflejadas en la primera publicación del grupo en la forma de libro: “Epistemología y Psiquiatría. Relaciones peligrosas.”

12) Ahora bien, y para ir finalizando, quiero decir que es posible que la época en que vivimos y que el modelo psiquiátrico que se hizo hegemónico condicionen nuestras respuestas y causen un pensamiento crítico capaz de formular un modelo alternativo. Pero algo de esto sucedió también en otras épocas distintas a la nuestra. Lo que quiero decir es que sospecho que hay algo en la cosa que intentamos pensar, la locura, que nos determina más allá del momento histórico-social. Que nos hace hacer lo que hacemos. Que nos impone la creación de nuevos dispositivos para contenerla. Y que sin embargo, sigue siendo indomable y no termina de perder su característica de enigma. En su “inquietante extrañeza” los locos y la locura nos conducen a los confines de nuestra racionalidad, “única antorcha”, por otro lado, parafraseando a Freud, “en la psicología de las profundidades”.

12) Por último, quiero señalar algunas similitudes y algunas diferencias. Ustedes inscriben vuestro pensamiento y vuestra praxis en un marco que, creo, queda suficientemente representado por los términos de sus primeros manifiestos donde dicen: “La Otra psiquiatría es sobre todo un grupo de

amigos. Además de la amistad convergemos en ella los interesados en el estudio de la psicopatología y el psicoanálisis, en el trato con el loco, en el trabajo en las instituciones sanitarias y la formación de residentes de Psiquiatría y de Psicología Clínica. Ni es una asociación profesional o científica ni pertenece o pertenecerá a ninguna de ellas...”

En nuestro caso, nuestro grupo intenta pensar algunas cuestiones similares pero no deja de hacerlo en el marco de una institución profesional y científica como la Asociación Argentina de Psiquiatras (APSA) Esto desde ya genera conflictos, muchas veces, y tensiones entre lo que pensamos y los intereses corporativos en juego. Más allá de la pertenencia de cada uno a distintas escuelas de psicoanálisis, instituciones de formación universitarias o instituciones públicas de salud mental.

Y esto como es lógico crea posibilidades y plantea dificultades a la hora de los debates conceptuales que de nosotros se esperan y en los que estamos inmersos. Como decía Roberto Arlt, uno de nuestros grandes escritores: “El futuro será nuestro por prepotencia de trabajo”.

Patología Dual en pacientes psiquiátricos hospitalizados Dual Diagnosis in psychiatric inpatients

*María Vidal Millares*¹

*Rosa Ana Lamas Naveira*²

*Paloma de Usabel Guzmán*³

*Carmen Armas Barbazán*²

*María del Carmen García Mahía*⁴

1 - Servicio de Psiquiatría. Hospital Virxe da Xunqueira. Cee (A Coruña)

2 - USM. Hospital Comarcal de Monforte de Lemos (Lugo)

3 - Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (A Coruña)

4 - Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Correspondencia: mvmillares@yahoo.es

() Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses. Las autoras declaran no haber recibido ninguna ayuda económica para la realización de este trabajo. Las autoras declaran que los procedimientos seguidos están conforme a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable (institucional o regional) y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.*

Asimismo a los doctores Enrique Fuertes, Marisol Roncero, Antonio Ceverino y M^a José Lobato por facilitarnos siete de los pacientes de la muestra.

RESUMEN

El consumo de sustancias conlleva importantes repercusiones en el paciente psiquiátrico: provoca menor adherencia al tratamiento e incremento

en la morbi-mortalidad, riesgo de comportamientos agresivos, mayor uso de los servicios de salud y costes sanitarios.

Este trabajo pretende estudiar la prevalencia del consumo de sustancias en pacientes ingresados en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (Hospital "Gil Casares" de Santiago de Compostela) durante 48 meses y comparar variables sociodemográficas y clínicas entre el grupo de patología dual y el grupo con trastorno mental sin uso de sustancias. Es un estudio retrospectivo, basado en la revisión de 340 pacientes hospitalizados entre junio de 2007 y mayo de 2009

El 54,2 % de los pacientes de la muestra tenían historia de consumo de sustancias. El 47,8% eran consumidores en el momento en el que se produjo el ingreso. El consumo de sustancias era superior en hombres que en mujeres (71'8% vs 35'1%). Las sustancias más frecuentemente consumidas eran: alcohol (40,6%), cannabis (16,1%) y cocaína (11,8%).

Palabras clave: Psiquiatría, patología dual, unidad de hospitalización, paciente ingresado, prevalencia, trastorno por abuso de sustancias.

ABSTRACT

Substance abuse entails significant impact in the psychiatric patients: causes lower adherence to treatment and an increase in morbidity- mortality, risk of aggressive behaviour, the use of health services and the health care costs.

The objectives of this study were to estimate the prevalence of consumption of toxic substances in patients admitted to a Psychiatric Hospitalization Unit (Hospital "Gil Casares", Santiago de Compostela) for 48 months to compare between the group with dual pathology and the group with only mental disorder. It,s a retrospective study, based on checking the history of 340 patients who were treated in this unit since June 2007 until may 2009.

The 54.2% of the inpatients in the sample had a history of consumption of toxic substances. The 47,8% used toxic substances at the moment of admission. Men consumed substances in a significantly higher percentage than

women (71'8% versus 35'1%). The most commonly abused substances were: ethanol (40,6%), followed by cannabis (16,1%) and cocaine (11,8%).

Key words: Psychiatry, dual diagnosis, hospitalization unit, inpatient, prevalence, substance use disorder, comorbidity.

INTRODUCCIÓN

La patología dual (PD) ha sido definida como la coexistencia de un trastorno por uso de sustancias junto con otro trastorno mental. Una encuesta realizada en EEUU por la National Survey on Drug Use and Health (NSDUM) muestra que en 2006 había más de 27 millones de hombres mayores de 18 años con patología dual (1). Fuentes más recientes revelan que, en España, la tasa de prevalencia de esta población oscila entre el 25- 70%, si bien este porcentaje varía en función de los métodos de búsqueda empleados y, especialmente, del centro sanitario donde el estudio haya sido realizado (2).

Estos pacientes duales son especialmente graves, tanto desde la perspectiva clínica como social, y constituyen un reto terapéutico a nivel individual y para el sistema sanitario (3). Además de la patología médico orgánica que causa el consumo de sustancias, la patología dual agrava la evolución y el pronóstico de ambos trastornos (4). Asimismo estos pacientes acuden más a los servicios de urgencias y requieren un mayor número de hospitalizaciones psiquiátricas, muestran más conductas de riesgo como la mayor presencia de ideación y conducta suicida, impulsividad, conductas violentas, problemas legales desempleo y marginación, reciben una pensión por incapacidad de manera más temprana (5), y presentan un mayor riesgo para contraer enfermedades de transmisión sexual (VIH, VHC, etc) en comparación con los diagnosticados de trastorno mental sin uso de sustancias. Es decir, se trata de individuos graves desde la perspectiva psicopatológica, médica y social. Son pacientes en los que aumenta la probabilidad de fracaso terapéutico, al presentar falta de cumplimiento con el régimen terapéutico y seguimiento ambulatorio. Así, el 70% de los pacientes duales incumplen el tratamiento, porcentaje significativamente más alto que el observado en pacientes diagnosticados de trastorno mental sin uso de sustancias(2).

La baja conciencia de enfermedad junto con la polimedicación son las causas principales de la baja adherencia terapéutica, particularmente en pacientes con psicosis, incrementando el riesgo de suicidio (2).

El riesgo de ideación y conductas suicidas ha sido ampliamente estudiado en los pacientes con consumo de sustancias; de hecho, el consumo de alcohol está asociado con un elevado riesgo de conducta suicida (5,6), viéndose incrementado este riesgo, entre otros factores, al coexistir otros consumos de sustancias además del alcohol, en especial la cocaína (6).

Por otro lado, el hecho de consumir tóxicos predispone a una mayor comorbilidad psiquiátrica así como un deterioro del funcionamiento psicocemocional (7).

No es fácil obtener información sobre las actividades de promoción y prevención de la patología dual en España. Una búsqueda de ensayos clínicos, metaanálisis y guías de práctica revela una escasísima producción científica, casi nula, en los últimos años en España.

El objetivo de este trabajo fue estudiar la prevalencia del Trastorno por uso de sustancias (TUS) que se presenta de manera comórbida con otros trastornos psiquiátricos, en todos los pacientes ingresados en una unidad de hospitalización psiquiátrica durante 48 meses, así como identificar el tipo de sustancias psicotóxicas predominantes en el consumo y determinar las diferencias entre pacientes consumidores y no consumidores de acuerdo al diagnóstico de ingreso, datos sociodemográficos y tiempo de internamiento.

PUENTES Y MÉTODO

El estudio se realizó en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Hospital Gil Casares, Santiago de Compostela, La Coruña, España. Se trata de una unidad independiente y abierta, dentro de un hospital general público perteneciente al Sistema Nacional de Salud. Los pacientes eran ingresados desde el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela (La Coruña).

Las características sociodemográficas y clínicas de la muestra total se señalan en la tabla 1. En relación al diagnóstico el 32 % recibió diagnóstico de trastorno psicótico, el 11,2% de trastorno bipolar, el 8,9% de trastorno de la personalidad, el 6,1 % de trastorno depresivo, 5,8 % trastorno de ideas delirantes, 16,4 trastorno de ansiedad, 11,8 trastorno por consumo de sustancias y el 10´6 % restante fue diagnosticado de otros trastornos.

El estudio consistió en una revisión descriptiva y retrospectiva de las historias clínicas de todos los pacientes ingresados (n= 340) en el Hospital Gil Casares asignados a un mismo psiquiatra entre los meses de junio de 2007 y mayo de 2009. La información obtenida se introdujo en una base de datos diseñada a tal efecto, para su posterior análisis estadístico. La metodología empleada fue similar a la utilizada por otros autores en este tipo de estudios (8,9).

Como variables sociodemográficas se utilizan en este estudio el sexo y la edad -esta última como variable continua y también categorizada por intervalos de edad en tres grupos: (menores de 35 años, de 35 a 44 años y mayores de 44). Se utilizan además variables como la duración del ingreso psiquiátrico; la historia de consumo de tóxicos y el consumo actual de tóxicos, estudiando el tipo de sustancia consumida.

Para el análisis estadístico se utilizó (SPSS v16.0 for Macintosh). Las variables cualitativas fueron analizadas con el estadístico Chi-cuadrado. Para las variables cuantitativas se empleó ANOVA. El nivel de significación estadística fue del 5% ($p < 0´05$).

RESULTADOS

En la muestra de 340 pacientes ingresados se encontró que un 55,8% tenían una historia de abuso de sustancias a lo largo de su vida. El 47,8% de los pacientes ingresados presentó TUS (con exclusión de la dependencia a nicotina) de manera concurrente a otro trastorno psiquiátrico en el momento del ingreso.

Los tóxicos más frecuentemente consumidos fueron: alcohol (41,5%), derivados cannabinoides (16,5%) cocaína (12,1%), mórficos (4,4%) y otras sustancias (6,8%).

La edad promedio en el grupo con patología dual fue significativamente menor ($p < 0,001$). En el análisis de la varianza observamos que los pacientes que presentan una historia de consumo de tóxicos tienen una edad media de 41,36 frente a 48,94 del grupo con trastorno mental sin uso de sustancias. Si analizamos la edad media para los pacientes que presentan consumo de sustancias al ingreso, la significación estadística se mantiene (ANOVA; $p=0.000$) de manera que la edad media para el grupo que presenta consumo de sustancias es de 41,43 frente a 47,96 de los que no consumían en el momento del ingreso.

En relación al género, los hombres consumen sustancias en un porcentaje mucho más elevado que las mujeres siendo estas diferencias estadísticamente significativas (64,9% vs 35,1%; Chi-cuadrado $p= 0.000$).

Al estudiar la duración del ingreso de los pacientes con o sin consumo de sustancias, observamos que existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Así la estancia media fue menor en los pacientes con historia de consumo con una media de 16,37 días frente a los 20,28 días en aquellos que no consumieron tóxicos (ANOVA $p=0.020$).

La historia de consumo de sustancias muestra diferencias estadísticamente significativas según el diagnóstico psiquiátrico (Chi cuadrado; $p= 0,000$) de tal manera que las patologías donde hay un mayor porcentaje de pacientes con historia de consumo de sustancias (sin contar con aquellos que reciben un diagnóstico de dependencia a sustancias propiamente dicho) fueron los trastornos de personalidad (80,4%) y la esquizofrenia (52,3%); mientras que en pacientes con diagnóstico de trastorno de ideas delirantes la historia de consumo de sustancias fue notablemente menor (23,8%) (Gráfico 1).

Los pacientes con abuso de sustancias presentaron mayor riesgo suicida en comparación con aquellos que no consumen, siendo estas diferencias estadísticamente significativas (Chi cuadrado $p=0.039$) (Gráfico 2).

No se encontraron evidencias estadísticamente significativas en la historia de abuso de sustancias dependiendo del estado civil, el número de ingresos previos o según las características del ingreso (voluntario/involuntario).

DISCUSIÓN

Los datos obtenidos en este estudio ponen de manifiesto una prevalencia muy elevada de patología dual en pacientes psiquiátricos hospitalizados. Si comparamos este dato con otros estudios realizados sobre patología dual se observan resultados similares ya que varios trabajos sitúan esta prevalencia entre un 22% y un 49% (10). Así en estudios realizados por Reid y col (11) se encuentra el 56% de prevalencia de dicho trastorno. Havassy y Arns (12) observaron que el 48,8% de los pacientes de su estudio presentaba al menos un trastorno concurrente de dependencia a sustancias, aunque el hecho de ser pacientes graves con ingresos frecuentes podría suponer un importante sesgo.

En el año 2008 Rodríguez-Jiménez et. al. (10) publicaron un artículo en esta misma línea; encontrando que el 24,9% de los pacientes ingresados en una unidad de hospitalización psiquiátrica presentaba un trastorno por uso de sustancias (excluyendo la dependencia a nicotina) concurrente a otro trastorno psiquiátrico. Este porcentaje es muy inferior al hallado en nuestro estudio (55,8%).

En relación a las variables sexo y edad, obtenemos resultados coincidentes con Rodríguez-Jiménez et. al. que muestran mayor prevalencia de patología dual en los individuos más jóvenes y varones. Sin embargo, aunque está ampliamente aceptado que la prevalencia de PD es significativamente más alta en varones (13,14), publicaciones recientes alertan de que el número de mujeres que son tratadas por este motivo en las Unidades de Drogodependencias ha aumentado de manera significativa (2). En nuestro estudio, los varones con patología dual presentan mayor prevalencia de esquizofrenia y las mujeres con patología dual presentan mayor prevalencia de trastornos afectivos y de ansiedad, al igual que sucede en población general (15).

Según el estudio de Rodríguez-Jiménez et. al. los tóxicos más frecuentemente consumidos entre los PD fueron: alcohol (78,1%), cannabis (62,5%) y cocaína (51,6%) Estos datos son similares a los obtenidos en nuestro estudio: de los pacientes que presentaban consumo de tóxicos en el momento del ingreso el 84,9% consumían alcohol; 33,7% cannabinoides; 35% cocaína; 9% mórnicos y 13,5% otras sustancias.

Como comentamos previamente, la estancia media fue menor en los pacientes con PD (15,10 +/- 12,35) que en los pacientes sin historia de consumo (20'58 +/- 15,98). En un estudio realizado por Xafenias et al en 2008 (16), en el que se estudiaban los factores que afectan en la duración de la hospitalización psiquiátrica, no se encontraron evidencias estadísticamente significativas en la estancia media de los pacientes con o sin consumo de tóxicos. La hipótesis de una menor estancia media en los pacientes con PD se puede deber a que algunos pacientes con trastorno por uso de sustancias ingresaban para desintoxicación (Dependencia a alcohol y Dependencia a opiáceos) siendo esos ingresos, por lo general, cortos (lo que hace disminuir la estancia media).

Respecto a la mayor prevalencia de conductas suicidas entre pacientes con patología dual encontrada en nuestro estudio, observamos datos coincidentes en otras publicaciones como la de Mueser et al (14), Clark, Ricketts y McHugo (17). Otro estudio también en esta misma línea es el de Theriot & Segal (18) desarrollado desde la perspectiva del sistema de justicia sobre pacientes psiquiátricos; en el que también se pone de manifiesto una mayor prevalencia de consumo de tóxicos entre individuos con conductas suicidas.

En todos los estudios revisados, el consumo de nicotina fue claramente superior en los pacientes PD, existiendo una clara relación entre la dependencia a nicotina, alcohol y drogas y los trastornos psiquiátricos (19). Aparte de la nicotina, los tóxicos más frecuentemente consumidos entre los PD fueron; alcohol, cannabis y cocaína.

En pacientes con patología psiquiátrica severa el consumo de sustancias aumenta el riesgo de problemas psicosociales, recaída y suicidio. Su tratamiento puede ser decisivo para evitar la agravación progresiva a un posible fatal desenlace. Los pacientes requieren un abordaje integrado de su patología dual, en una unidad especializada, con un seguimiento intensivo y durante un tiempo más prolongado de lo habitual (20). En un estudio realizado por un grupo de expertos en patología dual, los participantes consideraron que la alianza terapéutica es el principal aspecto a tener en cuenta para mejorar el pronóstico de esta población, seguido de un adecuado cumplimiento terapéutico, la conciencia de enfermedad y un buen apoyo familiar (2).

Los diagnósticos más frecuentemente implicados en el caso de patología dual fueron los Trastornos de la personalidad (92%) y los Trastornos de la esfera psicótica (38,8%). El uso de sustancias en pacientes esquizofrénicos puede llevar a un mal pronóstico de esquizofrenia o a un malentendimiento de su curso y pronóstico. Un estudio publicado por Mannin V y cols en 2009 (21), revelaba que el uso de alcohol en pacientes esquizofrénicos agravaba de forma significativa el deterioro cognitivo que estos enfermos presentan per se.

Shaner et al (1993) (22) dada la elevada prevalencia del uso no reconocido de estimulantes entre pacientes con un diagnóstico clínico de esquizofrenia, sugirieron que la detección precoz de este uso mediante una batería de pruebas toxicológicas de rutina en cada ingreso, podría identificar una población con un mejor pronóstico y unas necesidades diferentes de tratamiento, ya que éstos pacientes (23) tenían menos síntomas positivos y negativos al alta, mejor ajuste de la función sexual, peor rendimiento escolar durante la adolescencia y una mayor historia familiar de abuso de sustancias que entre pacientes esquizofrénicos que no abusaban de tóxicos.

No obstante, en nuestro estudio no se evidenciaron diferencias en la historia de consumo de sustancias tóxicas dependiendo del estado civil, del número de ingresos previos o si el ingreso fue voluntario o involuntario.

CONCLUSIONES

Actualmente, la Patología Dual supone una importante realidad en la práctica clínica; es sabido que el consumo de sustancias ha aumentado de forma alarmante en la población general, siendo especialmente relevante en los pacientes psiquiátricos. En estos enfermos, implica una peor adherencia terapéutica y agrava notablemente el pronóstico.

Dentro de los trastornos psiquiátricos, el consumo de sustancias es más prevalente en los trastornos de la esfera psicótica y en los trastornos de personalidad, siendo más frecuente en los hombres (si bien en los últimos años ha habido un incremento notable en mujeres)

Hasta el momento, existe escasa producción científica en este tema y los recursos sanitarios para el enfoque de estos pacientes en nuestro país son limitados, lo cual confirma la necesidad de ampliar los estudios y desarrollar nuevas estrategias para el tratamiento de estos pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - ROCKVILLE, M.D. (2006) Nacional Survey on Drug Use and Health: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- 2 - RONCERO C., SZERMAN N., TERÁN A., PINO C., VÁZQUEZ J.M., VELASCO E., GARCÍA-DORADO M., CASAS M. (2016) Professionals' perception on the management of patients with dual disorders. *Patient Preference Adherence*, 10, 1855-1868.
- 3 - MORDAL J., BRAMNESS J.G., HOLM B., MORLAND J. (2008) Drugs of abuse among acute psychiatric and medical admissions: laboratory based identification of prevalence and drug influence. *General Hospital Psychiatry*, 30, 55-60.
- 4 - TORRENS MÈLICH, M. (2008) Patología Dual: Situación actual y retos de futuro. *Adicciones*, 20 (4):315-320.
- 5 - BENJAMINSEN S.E., THOMSEN R.L., BALSØV K.D., GØTZSCHE-LARSEN K., BERTHOUS E., RASK P.H., PETERSEN P., NIELSEN A.S., NIELSEN B. (1998) Factors related to suicidal behavior among alcoholics. *Ugeskrift for Laeger*, 160 (24): 3551-3556.
- 6 - SHER L. (2006) Alcoholism and suicidal behaviour: a clinical overview. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113 (1): 13-22.
- 7 - DORARD G., BERTHOUS S., PHAN O., CORCOS M., BUNGENER C. (2008) Affect dysregulation in cannabis abusers: a study in adolescents and young adults. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17 (5):274-282.
- 8 - KARAM E.G., YABROUDI P.F., MELHEM N.M. (2002) Comorbidity of substance abuse and other psychiatric disorders in acute general psychiatric admissions: a study from Lebanon. *Comprehensive Psychiatry*, 43 (6):463-468.
- 9 - BLIXEN C.E., MCDUGALL G.J., SUEN L-J. (1997) Dual diagnosis in eld-

ers discharged from a psychiatric hospital. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12: 307-313.

10 - RODRÍGUEZ-JIMÉNEZ R., ARAGÜÉS M., JIMÉNEZ-ARRIERO M. A., PONCE G., MUÑOZ A., BAGNEY A., HOENICKA J., PALOMO T. (2008) Patología dual en pacientes psiquiátricos hospitalizados: prevalencia y características generales. *Investigación Clínica*, 49 (2): 195-205.

11 - REID, S. D., RAMCHARAN, C. AND GHANY, K. (2004) Substance abuse among first admissions to the psychiatric unit of a General Hospital in Trinidad. *The West Indian medical journal*, 53 (2), 95-99.

12 - HAVASSY B.E. AND ARNS P.G. (1998) Relationship of cocaine and other substance dependence to well-being of high-risk psychiatric patients. *Psychiatric Services*, 49 (7): 935-940.

13 - GEORGE T.P., KRYSTAL J.H. (2000) Comorbidity of psychiatric and substance abuse disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 13: 327-331.

14 - MUESER K.T., YARNOLD PH.R, ROSENBERG S.D., SWETT C. JR, MILES K.M., HILL D. (2000) Substance use disorder in hospitalized severely mentally ill psychiatric patients: prevalence, correlates and subgroups. *Schizophrenia Bulletin*, 26 (1):179-192.

15 - MIQUEL L., RONCERO C., LÓPEZ-ORTIZ C., CASAS M. (2011) Diferencias de género epidemiológicas y diagnósticas según eje I en pacientes con Patología Dual. *Adicciones*, 23 (2): 165-172.

16 - XAFENIAS A., DIAKOGIANNIS I., IACOVIDES A., FOKAS K., KAPRINIS G. (2008) Factors affecting hospital length of stay: is substance use disorder one of them? A study in a Greek public psychiatric hospital. *The American Journal on Addictions*, 17 (5): 447-451

17 - CLARK R.E., RICKETTS S.K., MCHUGO G.J. (1999) Legal system involvement and costs for persons in treatment for severe mental illness and substance use disorders. *Center for Health Policy and Research (CHPR) Publications*, 50, 641-647.

18 - THERIOT M.T. AND SEGAL S.P. (2005) Involvement with the criminal justice system among new clients at outpatient mental health agencies. *Psychiatric Services*, 56 (2):179-185.

19 - FARRELL M., HOWES S., BEBBINGTON P., BRUGH A., JENKINS R., LEWIS G., MARSDEN, J (2003) Nicotine, alcohol and drug dependence, and psychiatric comorbidity - results of a national household survey. *International Review of Psychiatry*, 15 (1-2): 50-56.

21 - MANNING V., BETTERIDGE S., WANIGARATNE S., BEST D. , STRANG J., GOSSOP M. (2009) Cognitive impairment in dual diagnosis inpatients with schizophrenia and alcohol use disorder. *Schizophrenia Research*, 114 (1-3): 98-104.

22 - SHANER A., KAHLISA M.E., ROBERTS L., WILKINS J., ANGLIN D., HSIEH S.C. (1993) Unrecognized cocaine use among schizophrenic patients. *The American Journal of Psychiatry*, 150 (5): 758-762.

23 - DIXON L., HAAS G., WEIDEN PJ., SWEENEY J, FRANCES A.J. (1991) Drug abuse in schizophrenic patients: clinical correlates and reasons for use. *American Journal of Psychiatry*, 148 (2): 224-230.

Características	Pendiente
Edad (años) X DT	46.05 DT 15.929
Género	
Varón (%)	54'6%
Mujer (%)	45'4%
Estado Civil	
Solteros (%)	41,7%
Casados (%)	33'5%
Separados / divorciados (%)	17 %
Viudos (%)	7'8%
Estancia media X DS	19 más/menos 15
Número de ingresos previos	2.54 más/menos 4'103

Tabla 1: Características sociodemográficas y clínicas de la muestra total (N=218)

Pendiente	Grupo de Patología Dual	Grupo TM	p
Edad	42,52 ± 14,42	49,54 ± 16,38	0,001
Sexo			
Varón	70,8 %	36,2 %	0,002
Mujer			
Estancia media	15,70 ± 12,35	20 ± 15,98	0,007
Número de ingresos previos	2,63 ± 4,19	1,54 ± 3,65	0,197
Características del ingreso actual			
Voluntario	64,6 %	58,5 %	
Involuntario	35,4%	41,5 %	
Estado civil			
Solteros	45,1 %	40,4 %	
Casados	29,2 %	36,2 %	
Divorciados	20,4 %	12,8 %	
Viudos	5,3 %	10,6 %	
Otros			
Diagnóstico			
T. psicótico	50,8%	49,2%	0,000
T. bipolar	60%	40%	
Depresión	63,6%	36,4%	
T. delirante	76,9%	23,1%	
T. ansiedad	66,7%	33,6%	
T. personalidad	8%	92%	
Dependencias	0%	100%	
Otros	70%	30%	
Dependencia a nicotina			
Fumador	79,7 %	28,8 %	
No fumador	20,3%	71,2%	

Tabla 2: Variables clínicas y sociodemográficas de los pacientes con PD y TM.

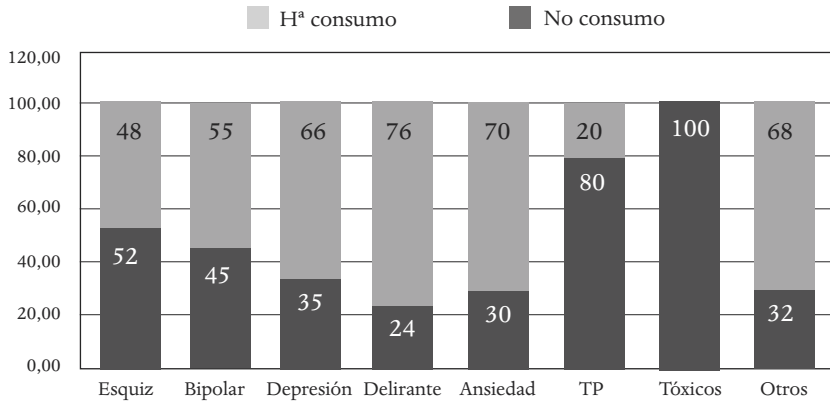


GRÁFICO 1. Historia de consumo de sustancias según el diagnóstico psiquiátrico

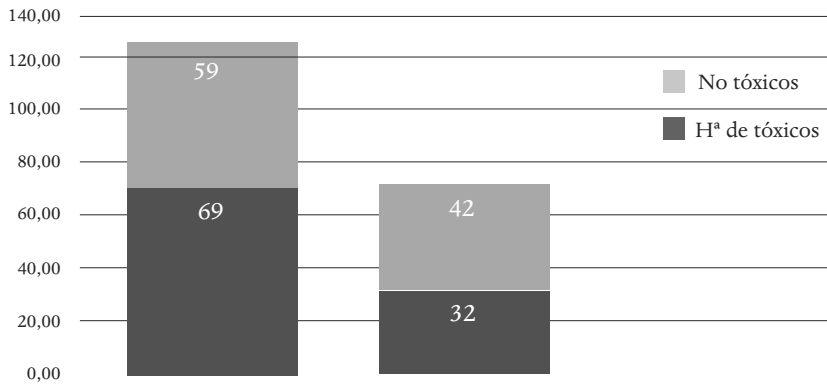


GRÁFICO 2: Historia de consumo de sustancias relacionada con antecedentes o conductas suicidas

El Centro de Día del Hospital Psiquiátrico de Conxo: análisis cualitativo

Day Centre of Conxo Psychiatric Hospital: Qualitative Analysis

*María José Andón Fernández*¹

*Ramón Ramos Ríos*²

*Carolina Bermúdez Santos*³

*María Jesús Villares González*⁴

*María Esperanza Sánchez Vázquez*⁵

*María del Carmen Seoane Taboada*⁶

1 - PIR. EOXI de Santiago de Compostela

2 - Psiquiatra. Hospital Psiquiátrico de Conxo. C.H. Santiago de Compostela

3 - Auxiliar de enfermería. Centro de día. Hospital Psiquiátrico de Conxo

4 - Psicóloga clínica. Unidad de Rehabilitación. Hospital Psiquiátrico de Conxo

5 - Enfermera especialista en salud mental. Equipos de continuidad de cuidados. Hospital Psiquiátrico de Conxo.

6 - Auxiliar Psiquiátrica. Centro de día. Hospital Psiquiátrico de Conxo

Correspondencia: Ramon.Ramos.Rios@sergas.es

RESUMEN

Introducción: El Centro de Día del Hospital Psiquiátrico de Conxo funciona como un dispositivo de soporte a pacientes con trastorno mental grave con dificultades para alcanzar su integración efectiva en la comunidad. Tras más de 20 años de funcionamiento ha demostrado su eficacia para sus propósitos. En el presente trabajo nos preguntamos qué factores explican su eficacia y pueden ser más importantes a la hora de caracterizar sus intervenciones, qué aspectos habría que tener en cuenta a la hora de replicarlo y cuáles habría que transmitir a los trabajadores que se incorporen.

Metodología: Optamos por una metodología cualitativa, realizando el análisis de contenido de entrevistas a pacientes y profesionales con responsabilidad asistencial en el centro de día.

Resultados: Se incluyeron 10 profesionales de diferentes categorías y 20 pacientes. En las entrevistas a profesionales se partió de un enfoque teórico previo en el cual la capacidad de vincular se consideraba el eje central de la eficacia del dispositivo. Las características del personal actual, el soporte a necesidades básicas, el respeto o la flexibilidad aparecieron como aspectos esenciales. En las entrevistas a los pacientes se identificaron diferentes temáticas que es posible considerar en parejas tales como enfermedad/tratamiento, libertad/coerción o necesidades materiales/necesidades emocionales.

Conclusiones: La metodología cualitativa resultó útil a la hora de conocer el funcionamiento de los servicios de atención a personas con TMG y los entresijos de su actividad. A través de este análisis, será posible elaborar una guía de acogida al personal nuevo que se integre en el equipo de centro de día, lo que parece prioritario para mantener las señas de identidad del dispositivo.

Palabras clave: centro de día, trastorno mental grave, continuidad de cuidados, necesidades

ABSTRACT

Introduction: The Day Centre of Conxo Psychiatric Hospital operates like a support service to patients suffering severe mental illness that have impairments to reach effective integration in the community. After more than twenty years since its opening, it has demonstrated its efficacy. In the present work we ask about the factors that could explain these results and could be the most important to describe their interventions, the characteristics that would be taken into account for its replication and to teach new workers.

Methodology: We choose a qualitative design, through the analysis of contents of the interviews with patients and workers with responsibility in the day centre.

Results: Ten workers and twenty patients were included. In the interviews

with workers, we considered a previous theoretical frame in which the attitudes to become linked to the others and reach therapy compliance were central to explain the efficacy of the service. The characteristics of the actual workers, the support to essential needs, the respect and the flexibility were the principal factors that emerged from the analysis. Different topics were identified in the interviews with patients. They were considered in couples like insanity/treatment, freedom/coercion or material needs/emotional needs.

Conclusions: Qualitative methods were useful to obtain valuable information about the functioning of services that treats people suffering severe mental illness and their activity. By means of this analysis, it would be possible the preparation of a guide to new workers that will be integrated in the day centre team, very important to maintain the identity of the service.

Key words: Day centre, severe mental illness, continuity of care, needs.

INTRODUCCIÓN

El Centro de Día (CD) del Hospital Psiquiátrico de Conxo empieza a funcionar en agosto de 1995 ante la necesidad de garantizar el seguimiento y los cuidados a pacientes que se pretendía externalizar desde las unidades de rehabilitación, pero que presentaban dificultades para su integración efectiva en la comunidad. En aquel momento, algunos miembros del personal de las unidades de rehabilitación comienzan a atender a un pequeño grupo de pacientes en unas dependencias sin uso en el edificio conventual del Hospital Psiquiátrico. Posteriormente, dichas dependencias fueron rehabilitadas y dotadas de servicios como el comedor y la enfermería, para el soporte a personas con trastorno mental grave que ya no sólo provenían de las unidades de rehabilitación, sino que eran derivadas de otros dispositivos como las unidades de salud mental, el hospital de día o las unidades de agudos. Anexo funcionaba el centro social que pretendía ser un espacio de ocio más normalizado para las personas atendidas en este dispositivo y también en las unidades de internamiento del Hospital Psiquiátrico. Al respecto del origen del dispositivo recogemos el testimonio de una de las personas entrevistadas

para este trabajo: *no nació por parte de los políticos, de los directivos del Sergas sino que nace de las necesidades de los pacientes, y esto se nota en su funcionamiento. Esto lo convierte en un centro realmente comunitario que rompe con las dinámicas del Hospital Psiquiátrico.*

Durante muchos años la dotación de personal del Centro de Día no creció, pero en torno a este dispositivo se fueron organizando diferentes iniciativas y programas asistenciales para atender a personas con trastorno mental grave. En 2012 recibió un mayor impulso con la dotación de una auxiliar de clínica más (estaba funcionando sólo con una auxiliar psiquiátrica asignada), aumento de horas de atención y de plazas asistenciales e informatización de la recogida de actividad. Además se reforzaron los programas de continuidad de cuidados y de pisos protegidos (1). Todos estos dispositivos han ido dando respuesta estos últimos años a las demandas de atención hasta el punto de su saturación. Al margen de esta sobrecarga, común a la mayoría de dispositivos de la red de salud mental a día de hoy; los mayores riesgos para el dispositivo nos parecían la jubilación inminente de las personas que participaron en su génesis, junto su difícil encaje en la organización de la asistencia a la salud mental actual en Galicia (se trata del único centro de estas características completamente público y sanitario en la comunidad) (2). Estas amenazas son uno de los motivos que nos impulsaron a realizar este trabajo.

Respecto a la eficacia del dispositivo, tras más de 20 años de funcionamiento y tras haberse realizado varios análisis cuantitativos de su actividad y resultados, podemos afirmar que es eficaz para evitar reingresos y abandonos de seguimiento de personas con trastorno mental grave con escasa adherencia a otros dispositivos de la red (3). En el análisis cuantitativo más reciente, se confirmó en una muestra de 43 pacientes atendidos en el Centro de Día que tras la toma a cargo disminuyeron el número de ingresos al año, el número de días de ingreso al año y la duración de las estancias en las unidades de agudos (de una media de 24,76 días al año en la unidad de agudos a 2,77 días al año) (4). También hemos reflexionado sobre el papel de este dispositivo en la atención al trastorno mental grave, entendiéndolo como vertebrador de un nuevo “sector” que en lugar de definirse por la geografía lo hace por las necesidades de las personas con psicosis graves (5).

Lo que nos preguntamos en el presente trabajo son los factores que explican sus resultados y que habría que tener en cuenta en lo sucesivo, tanto si se quiere potenciar este tipo de dispositivos como si sólo se quiere mantener la esencia del único que está funcionando. En concreto, buscamos conocer: ¿Qué factores explican su eficacia y caracterizan sus intervenciones? ¿Qué aspectos habría que tener en cuenta a la hora de replicarlo? ¿Qué transmitir a los nuevos trabajadores de los equipos?

METODOLOGÍA

Se optó por un método cualitativo consistente en el análisis de contenido de entrevistas a profesionales y pacientes.

Se realizaron entrevistas en profundidad a profesionales con responsabilidad asistencial en el Centro de Día por una persona ajena al equipo habitual (MJAF). Se seleccionaron varios temas que a priori parecían relevantes en el funcionamiento del Centro de Día: factores que explican la vinculación al CD, características de su funcionamiento, características del espacio, características del personal del CD y qué cambios se consideraban necesarios. Las entrevistas se grabaron y transcribieron para su análisis posterior. Para el análisis de contenido se identificaron temas (algunos coincidentes con los planteados en el diseño inicial, otros inferidos posteriormente) y categorías. Se asignó valor numérico a cada ítem identificado según su presencia o no en cada uno de los discursos analizados, la dirección (positiva o negativa) e intensidad (asignando uno o dos puntos dependiendo del énfasis puesto en la valoración de cada ítem) (6, 7).

Las entrevistas a los pacientes fueron realizadas por una de las auxiliares del dispositivo (CBS). En este caso se trató de un cuestionario con sólo tres preguntas de respuesta abierta sobre sus motivos para asistir al Centro y su satisfacción con el mismo. No se hicieron grabaciones.

RESULTADOS

Respuestas de los profesionales

Se entrevistó a 10 profesionales: 3 psiquiatras, 2 enfermeras, 2 trabajadoras sociales, 1 psicóloga clínica, 1 auxiliar psiquiátrica y 1 terapeuta ocupacional.

En el análisis temático se identificaron seis áreas temáticas principales: vinculación al dispositivo, funcionamiento/filosofía de trabajo, espacio, ubicación (tema que emergió a partir de las entrevistas y no se consideraba en el análisis), personal y necesidades. (*Tabla 1*).

Vinculación al dispositivo

Para explicar la vinculación al dispositivo, las personas entrevistadas aludieron con mayor frecuencia y con gran énfasis en la importancia del personal actual, en concreto a la persona de la auxiliar psiquiátrica (MCST). De hecho muchas de las categorías restantes que se clasifican en esta área temática hacen referencia a características del trato por parte de este personal. Respecto a esta persona, destacamos algunas de las opiniones:

–primero la persona que inició esto ya tiene unas características personales excepcionales y todos los que venimos detrás la estamos imitando

–su trato con los pacientes, más que con los pacientes con las personas, es algo que fue el éxito del Centro de Día

–hay unas características personales por parte de la auxiliar del Centro de Día que hace que en el trato con los pacientes psicóticos se establezca un vínculo

La importancia dada al trato, entendido como forma de dirigirse y aproximarse a los pacientes en el día a día, se infiere de enunciados como los siguientes:

–Nunca, jamás, aquí se les riñe, o se les reprende (a los pacientes). Tratamos de hacerles ver que aquí van a ser siempre bien recibidos

–no se hace crítica de ellos, se buscan soluciones más que se hace crítica de lo que no pueden hacer

–fundamentalmente, en el Centro de Día los vincula el buen trato de la gente,

hay un trato de maternaje con los pacientes, pacientes que viven en la soledad, con historias radicales de fracaso y pérdida de redes sociales, y aquí encuentran abrigo, encuentran calor

El soporte y la atención a necesidades básicas también se señalaron con frecuencia como factores que explicaban la vinculación al Centro de Día:

—está en juego dónde comer, está en juego dónde vivir, cosas básicas de la vida diaria. Tener una buena salud mental requiere tener solucionados estos aspectos básicos como la alimentación, el lugar dónde vivir y un mínimo de dinero.

—Creo que en primer lugar, el motivo principal, es que sienten la necesidad de ser atendidos y en ese servicio se les da respuesta.

La familiaridad y cercanía se identificaron como características destacadas de la atención en el Centro de Día. Aludían a esta categoría los siguientes fragmentos de algunas de las entrevistas:

—Les hablan de problemáticas que los profesionales conocen perfectamente, hay un conocimiento día a día de las personas. Así que diría la naturalidad y la familiaridad, no es un ambiente tan médico, sino de problemas del día a día.

—Al margen de que se conozcan mucho y se les coja cariño, y el trato sea de familiaridad, incluso que parezca excesiva, es siempre en el marco de profundo respeto.

—A veces es simplemente que sientan que estás pendiente de ellos, que estás [...] Ahora algunos pacientes nos dicen que estamos poco juntos, porque ahora mismo hay mucho trabajo y no tenemos tanto tiempo para compartir momentos, tomar el café con ellos... Pero estamos siempre con la puerta abierta, los vemos, les hacemos un gesto, nos acercamos.

El respeto y la negociación con los pacientes también se relacionaron con la vinculación al Centro de Día:

—hay muchos servicios de psiquiatría que tratan a personas con enfermedad mental grave que entran fácilmente en la dinámica de respetar sólo a medias a la persona, sinceramente, por duro que parezca [...] Creo que el éxito de Centro de Día es el profundo respeto que se siente por los pacientes

–Se negocia el tratamiento y se negocia también la explicación de lo que está pasando, hay una apertura a esto por parte de las personas que están allí.

Otras de las características del personal que se asociaron a la vinculación al dispositivo fueron su disponibilidad y accesibilidad.

–Yo creo que lo principal que hace que se vinculen es la disponibilidad que tuvo el personal, la filosofía del Centro de Día era disposición y disponibilidad

–Hay una característica común a todos los que intervenimos ahí que es la disponibilidad

Por último también apareció la mención a las relaciones personales como factor para la vinculación al dispositivo:

–El vínculo es relacional, como siempre, y hay una traducción en lo que llaman la adherencia terapéutica, adhesión a los dispositivos, pero realmente los que nos vinculamos somos las personas, que somos quienes ocupamos los lugares

–solidaridad entre las personas que asisten, se respetan, tienen sus alianzas, sus intercambios, tienen un funcionamiento entre ellos que facilitan que vayan día a día y se vinculen

Funcionamiento/ Filosofía de trabajo

La característica del funcionamiento del Centro de Día que más se destacó por casi todos los entrevistados fue la flexibilidad. Si bien también aparece relacionada a la vinculación al dispositivo, preferimos clasificarla aparte por cómo se obtuvo esta categoría, mayoritariamente a partir de los fragmentos referidos al funcionamiento del Centro de Día:

–para mí la más importante es la flexibilidad que hay en este dispositivo, que se adapta a cada paciente, es casi un tratamiento individualizado a cada uno, a cada uno se le permiten determinadas cosas que son necesarias en ese momento

–yo creo que hay una adherencia estupenda por la flexibilidad que hay, y todos trabajamos en esta línea [...] En ocasiones viene gente nueva y con más tendencia a trabajar con rigidez, y les da intranquilidad ver a los pacientes con esa libertad, pero la gente se engancha a trabajar de esta manera, porque ven que funciona y que los pacientes nos respetan

–hay una flexibilidad en la forma que se traduce en el vínculo y el respeto a la subjetividad de las personas

Del modo de trabajo también se señaló la individualización de las intervenciones:

–Se centra en la persona, individualizar las intervenciones centrándose en las necesidades de la persona en cada momento

–Un trabajo muy de persona a persona, que tiene en cuenta lo biográfico, las dificultades de cada uno, con teorías distintas para cada paciente, un pensamiento más divergente

–Creo que en comparación con otros muchos servicios de otras especialidades y, sobre todo con el resto de psiquiatría, el Centro de Día es alta costura, el mejor modisto haciendo los trajes a medida

También, posiblemente en contraposición al trabajo en el resto del hospital que los entrevistados conocían bien, se destacó la orientación comunitaria del Centro de Día:

–Se hace un tratamiento asertivo, que procura que estén los pacientes en la comunidad, no tanto en el hospital, se intenta sacarlos hacia fuera

–El propio hecho de cómo se actúa en el Centro de Día me hace pensar que si hay una concepción diferente, porque ellos trabajan con personas que están viviendo fuera, lo que permite a los profesionales conectar con la realidad continuamente. Es una concepción del paciente más hacia afuera

Espacio

Del espacio se valoró muy positivamente su apertura (dos salidas, las puertas están abiertas, el tránsito entre las distintas estancias es fácil y permitido a todos) y la visibilidad:

–Las entradas, que hay un movimiento continuo, la apertura, que siempre pueden ver al personal y éstos a los pacientes, hay un flujo constante de personas. Aunque a lo mejor no estás con ellos en un momento concreto, pues con un saludo, una palabra, vuelves a conectar.

–Este espacio suponía una ruptura para los pacientes con el resto del psiquiátrico, era abierto, acristalado, la enfermería está siempre abierta, entra todo el mundo como en su casa

También varios de los profesionales coincidieron en valorar positivamente las instalaciones y el mobiliario considerándolo digno y moderno:

–espacio digno, en el sentido de que es funcional, limpio, moderno, no es un espacio deteriorado

–es un espacio agradable, aunque los pacientes tengan que vivir en un sitio in-mundo, también tienen derecho a que su espacio sea lo más digno posible en un centro sanitario

–La remodelación que se hizo en un espacio vacío del psiquiátrico muy degradado, y vino una arquitecta que tuvo mucho cuidado en dignificar y darle un aire moderno, creo que es una instalación muy acogedora

El aspecto más negativo fue la falta de espacio, sobre todo en el comedor.

Ubicación

La ubicación del Centro de Día dentro del Hospital Psiquiátrico fue el tema en el que aparecieron más discrepancias entre los profesionales entrevistados. Si bien algunos fueron rotundos en la valoración negativa de esta ubicación y otros en valorarla positivamente (sobre todo por motivos de utilidad), lo más habitual en las entrevistas fue la ambivalencia, identificándose fragmentos que apuntaban en una u otra dirección.

El estigma asociado al Hospital fue la principal crítica a su ubicación:

–Una persona que venga de fuera va a percibir el estigma, y eso que no es un espacio tan delimitado como otros del hospital

–Los pacientes que vienen, pues vienen al psiquiátrico, ese estigma que se produce no me gusta

La vinculación al hospital psiquiátrico y sus servicios fue valorada negativamente por unos y positivamente por otros. Por una parte se señalaba que fomentaba la dependencia institucional. Por otra que los servicios y el

mantenimiento de la vinculación al hospital ayudaba en la asistencia a los pacientes:

–muchos de estos pacientes tienen una vinculación estrecha con el hospital, con lo que es un entorno más seguro

–La teoría lo que nos dice es que los Centros de Día deben estar fuera de los psiquiátricos”. [...] “pero hay instituciones fuera de los hospitales psiquiátricos, con funcionamientos muchísimo más institucionales, en un piso puede haber un funcionamiento institucional, en un CPRL puede haber un funcionamiento institucional...

–El hecho de que esté integrado en un hospital psiquiátrico dificulta que el paciente se desvincule de la institución, del entorno hospitalario.

–encuentro muchas ventajas a los recursos que tiene el hospital y sería imposible articular estos servicios en otro lugar

Otro aspecto positivo que se destacaba era la centralidad del dispositivo, por su ubicación próxima a tantos servicios (unidades de rehabilitación, de larga estancia, hospital de día, unidades de salud mental, centro de salud de atención primaria, incluso la unidad de agudos del Hospital de Conxo)

–Habría que darle una entidad dentro del servicio de psiquiatría, para mantener viviendo a gente con estas dificultades, tendría que ser un servicio clave.

–En este momento digamos es un espacio que está articulando este hospital parcialmente reformado entre lo institucional y lo comunitario. Me parece un lugar clave y que en estos momentos quizás deba estar aquí

En otras de las categorías identificadas como la continuidad asistencial o la accesibilidad del dispositivo también aparecieron discrepancias.

Personal

Se identificaron varias categorías en referencia a características presentes en el personal actual y que serían deseables en nuevas incorporaciones, en las que parecía subyacer, con varias menciones, la discusión sobre si eran innatas o adquiridas, y, en el caso de ser adquiridas, si lo eran a través del

estudio o de la experiencia y las vivencias de cada uno. Además de la formación y experiencia, aparecieron ítems como compromiso, asertividad, empatía, calidez, generosidad, trabajo en equipo o tolerancia a la incertidumbre de más difícil transmisión y aprendizaje.

–Conocer la enfermedad mental, tener unos conocimientos, yo reivindico la especialidad, o la gente con experiencia en salud mental.

–Creo que hay que contar con una formación, unas cualidades personales y una directriz de trabajo

–Los trabajadores del Centro de Día son gente muy sana, que probablemente cada uno de ellos de una u otra manera harían una reflexión personal, en torno a lo que es el poder, la psicosis... Porque esto no se aprende en cursos o congresos, es algo experiencial.

Necesidades

Hubo bastante coincidencia en la demanda de más personal. Y también en la inclusión de diferentes roles profesionales asignados definitivamente al dispositivo:

–Necesitaríamos una trabajadora social [...] Falta personal de enfermería especialista en salud mental.

–que haya una enfermera. En el Centro de Día hay 32 pacientes y son 32 tratamientos diferentes [...] Éste funciona con personal de rehabilitación o de continuidad de cuidados, pero no tiene personal propio asignado y es difícil de mantener.

–Hay poca dotación, no se cumple la ratio personal-paciente que sería necesario.

Se señalaron aspectos del funcionamiento de la institución que apuntaban a falta de coordinación interna o de liderazgo que eran debilidades del dispositivo. También la coordinación con otros dispositivos sanitarios o con las asociaciones y la relación con servicios sociales comunitarios resultaban difíciles, condicionando los cuidados a los pacientes.

RESPUESTAS DE LOS PACIENTES

Respondieron 20 de los pacientes del Centro de Día. Se identificaron diferentes temáticas que es posible considerar en parejas tales como salud/tratamiento, libertad/coerción o necesidades materiales/necesidades emocionales (*Figura 1*).

Si bien las entrevistas fueron menos profundas y no se hicieron con una persona externa al equipo, lo que pudo condicionar las respuestas, son llamativas las discordancias con el contenido de las entrevistas de los profesionales. Mientras en las respuestas de los profesionales se destacaba el soporte material (incluida la comida), los pacientes son muy críticos con este aspecto. Podríamos plantear distintas explicaciones para esta consideración (además de lo monótono de los menús hospitalarios). También llama la atención el énfasis puesto por los pacientes en la atención a su salud y el tratamiento. Los profesionales nos hemos extendido menos en considerar estos aspectos de la oferta del Centro de Día (se sobrentiende), vemos muchas más necesidades; ellos ven quien les da la solución, que somos los sanitarios. O entienden mejor que al final todo tiene que ver con la salud y el tratamiento.

La importancia otorgada a la compañía sí va en la línea de factores identificados en la entrevista a profesionales como el trato, las características del personal, la familiaridad, la cercanía y el vínculo relacional

Otro contraste llamativo es que, a pesar de que la flexibilidad, el respeto, la negociación o la apertura son destacadas por los profesionales como señas de identidad del Centro de Día; los pacientes siguen considerando que están obligados a asistir. Las causas por las que no se rebelan también podrían ser objeto de interpretación.

A modo de reflexión, se nos ocurre pensar en que a pesar de la comida y de que están obligados, muchos de estos pacientes siguen acudiendo día a día, durante muchos años, sabiendo que la puerta está siempre abierta para marcharse. Y que por esto debemos seguir insistiendo en tratarles con respeto y en condiciones dignas.

<p>Vinculación al dispositivo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Personal actual (10) 2. Trato (9) 3. Soporte/ atención a necesidades básicas (7) 4. Familiaridad/ cercanía (7) 5. Respeto/ negociación (6) 6. Disponibilidad/ accesibilidad (6) 7. Relaciones personales (4) 8. Acogida/ acompañamiento (2) 	<p>Espacio</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Apertura/ visibilidad(5) 2. Digno/ moderno (5) 3. Pequeño (-4)
<p>Funcionamiento/ Filosofía de trabajo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Flexibilidad (10) 2. Individualización de las intervenciones (4) 3. Orientación comunitaria (4) 4. Centrada en el aquí y ahora (2) 	<p>Ubicación</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estigma (-4) 2. Vinculación al hospital psiquiátrico y sus servicios (5, pero 4 profesionales +/-) 3. Centralidad (3) 4. Continuidad asistencial (3) 5. Accesibilidad (2) 6 No encaja en legislación de SM vigente (-2)
<p>Personal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Formación y experiencia (5) 2. Compromiso/ asertividad (4) 3. Empatía, calidez, generosidad (4) 4. Trabajo en equipo (4) 5. Tolerancia a la incertidumbre (3) 	<p>Necesidades</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dotación de profesionales (-5) 2. Liderazgo/ coordinación interna (-4) 3. Espacio/ sobrecarga (-3) 4. Coordinación con otros recursos (-3) 5. Recursos materiales(-2) 6. Formación (-2)

Tabla 1. Análisis de contenido de las entrevistas a profesionales. Clasificación por temas y categorías. Puntuación por importancia.

CONCLUSIONES

La metodología cualitativa demostró su utilidad a la hora de conocer el funcionamiento de los servicios de atención a personas con TMG y los entresijos de su actividad, en concreto el del Centro de Día del Hospital Psiquiátrico de Conxo.

Tras este análisis nos planteamos elaborar una guía de acogida al personal nuevo que se integre en el equipo de Centro de Día, lo que parece prioritario para mantener las señas de identidad del dispositivo y su eficacia. Ade-

más, se refuerza la idea de que es necesario realizar actividades formativas para todo el personal, en las que al margen de habilidades técnicas o conocimientos teóricos, se produzca una transmisión de la filosofía de trabajo y del compromiso con un trato respetuoso a los pacientes.

También, con la información obtenida, podremos transmitir a otros equipos los elementos esenciales de nuestro trabajo y divulgar nuestra experiencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. RAMOS RÍOS, R.; SÁNCHEZ VÁZQUEZ, E.; PIÑEIRO OTERO, S.; CURRAS CASTIÑEIRA, M.; PÉREZ FERREIRO, M.; PAZ BAÑA, A.; FERRER I BALSEBRE, L. *Programa de Continuidad de Cuidados del Servicio de Psiquiatría de Santiago. Avances en Salud Mental Relacional*. Diciembre 2012; 11(3). Disponible en: <http://hdl.handle.net/1041/6117>
2. XUNTA DE GALICIA. *Propostas de desenvolvemento da atención á saúde mental. Colección Saúde Mental, N°18; 1997.*
3. DURÁN MASEDA, M.J.; PAZ SILVA, E.; PORTILLO DÍEZ, J. “Centro de Día como medio para evitar ingresos”. *Revista Gallega de Psiquiatría y Neurociencias*. 2012; 10:21-13.
4. GÓMEZ RAMIRO, M.; RAMOS RÍOS, R.; BERMÚDEZ SANTOS, C.; VILLARES GONZÁLEZ, M.J.; GARCÍA-LUENGO ÁLVAREZ, S.; SEOANE TABOADA, M.C. “El centro de día del Hospital Psiquiátrico de Conxo (I): Análisis cuantitativo”. Comunicación. En *13º Simposio de Tratamiento Asertivo Comunitario; Avilés, 23-24 de junio de 2016.*
5. RAMOS RÍOS, R; ARMAS BARBAZÁN, C.; AREA CARRACEDO, R. “Lettre de Galice. La mobilité dans le prise en charge des psychoses”. *L’Information Psychiatrique*. 2016; 92:547-555.
6. BARDIN, L. *Análisis de contenido*. Madrid: Akal; 2002.
7. HERNÁNDEZ SAMPIERI, R.; FERNÁNDEZ-COLLADO, C.; BAPTISTA LUCIO, P. *Metodología de la investigación*. Mexico D.F.: McGraw-Hill Interamericana; 2006.



Figura 1. Análisis de contenido de los cuestionarios a pacientes. Temas principales.

*Comparativa de datos asistenciales del Equipo de
Tratamiento Asertivo Comunitario de la Red de
Salud Mental de Bizkaia, comarca Uribe, en 2016.
Ampliación del equipo*

*Uribe region (Bizkaia) Assertive Community
Treatment Team results in 2016*

Beatriz Rodríguez Paz

Psiquiatra de la Red de Salud Mental de Bizkaia.

Correspondencia: beatrizrodriguezpaz@gmail.com

RESUMEN

El Programa de Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC) en la Red de Salud Mental de Bizkaia (RSMB), está conformado por cuatro equipos multidisciplinares para la atención de pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG), distribuidos por comarcas, además de un equipo para atención a personas sin hogar. El Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC) es un dispositivo eficaz, junto con otras alternativas a la hospitalización y dispositivos residenciales socio-sanitarios, para el desarrollo del modelo comunitario siendo además sus costes una demostración de uso eficiente de los recursos y con una reducción significativa de las necesidades de hospitalización. En noviembre del 2015 a la vista de dichos datos, la Red de Salud Mental de Bizkaia da un impulso a sus equipos dotándoles de más personal (otra DUE por equipo y un trabajador social a tiempo completo). El objetivo es evaluar la actividad asistencial de uno de los TAC, el de comarca de-
recha, desde la ampliación del equipo.

Palabras clave: Tratamiento Asertivo Comunitario, prestación de atención de salud integrada, calidad de la atención de salud, servicios comunitarios de salud mental.

ABSTRACT

The Bizkaia Mental Health Services (RSMB) is composed of four Assertive Community Treatment (ACT) teams, one for each health region, for the care of patients with Severe Mental Illness, plus a psychiatric assistance program for care homeless patients. Together with other alternatives to hospitalization and residential social and healthcare facilities, ACT programmes are an effective tool, for the development of a community model. In particular, these programmes (with their associated costs) are an efficient use of resources, leading to a significant decrease in the need for inpatient facilities. Taking into account this data, in November 2015 RSMB gives a boost to the teams adding another nurse and extending the social worker schedule. The main objective is to evaluate the clinical activity of one of the ACT team, Uribe region, since the expansion.

Key words: Assertive Community Treatment, integrated delivery of health-care, healthcare quality assessment, community mental health services.

INTRODUCCIÓN

Con el cierre de las grandes instituciones, la vida de las personas con trastorno mental grave ha pasado a desenvolverse en sus domicilios familiares o en residencias y, con ello, sus necesidades se han ido aproximando a las de la población sana.

En las últimas décadas, los servicios de salud mental han avanzado hacia el desarrollo de modelos asistenciales centrados en la atención comunitaria, y en sistemas equilibrados de atención centrados en el desarrollo de servicios comunitarios y de la integración de las camas hospitalarias en dispositivos sanitarios normalizados, como los hospitales generales (1).

Los Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC) se desarrollaron

en EE.UU. en los años 70, con el objetivo explícito de ofrecer soporte comunitario de muy alta intensidad para pacientes graves dados de alta de unidades hospitalarias (2,3). Su objetivo fundamental es el de mantener a los pacientes en contacto con los servicios, evitar abandonos de tratamiento, mejorar la integración comunitaria y evitar hospitalizaciones. Los ETAC se han impuesto como modelo estándar de asistencia comunitaria de alta intensidad para personas con enfermedad mental grave en buena parte de los países con sistemas sanitarios de atención a la salud mental avanzados (4). En España, los ETAC se han ido implantando de forma progresiva en diversas comunidades, implantación liderada por los Servicios Asturianos de Salud Mental desde hace más de diez años con el llamado “modelo Avilés” (5).

En Bizkaia los ETAC comienzan en el año 2008 en el Hospital de Zamudio con un equipo a cargo de 30 pacientes, desplegándose posteriormente en 2011 a todo el territorio bizkaiano, contando el programa en 2016 con cuatro ETAC, un equipo por comarca, y un programa de asistencia psiquiátrica a personas sin hogar.

EL ETAC es un dispositivo eficaz, junto con otras alternativas a la hospitalización y dispositivos residenciales socio-sanitarios, para el desarrollo del modelo comunitario siendo además sus costes una demostración de uso eficiente de los recursos, con una reducción significativa de las necesidades de hospitalización (6).

En vista de estos datos, en noviembre de 2015, la RSMB da un impulso a sus equipos ampliando los recursos humanos en una DUE más por equipo y pasando a estar el trabajador social a tiempo completo.

Los principios del equipo de tratamiento asertivo comunitario:

1. El lugar de atención es la COMUNIDAD. Al centrar la atención en el ámbito comunitario del paciente se consigue conectar con la realidad con la que pretendemos que este se relacione de forma competente. El objetivo es preparar a la persona para que viva en su entorno natural y para que participe de ese entorno en la misma medida que el resto de los ciudadanos.
2. La cobertura debe procurar la máxima INDIVIDUALIZACIÓN. Una intervención rehabilitadora que aspire a implicar en ella a los pacientes debe

ser entendida como un proceso individual, en el que se potencien las capacidades del paciente además de tratar los síntomas.

3. La relación con el paciente debe ser ASERTIVA. No se espera a que el paciente demande atención al equipo de tratamiento, sino que es el propio equipo quien se la ofrece, tratando persuadirle de que su calidad de vida puede mejorar.

4. Se trata de conseguir la máxima AUTONOMÍA y responsabilidad del usuario dentro de lo tolerable por él.

5. La implicación del paciente en el proceso de rehabilitación es ACTIVA.

6. Se considera a la FAMILIA como un factor primordial en la rehabilitación del paciente, ya que constituye el principal recurso de atención, cuidado y soporte social del enfermo mental. Se le reconoce la necesidad de apoyo y asesoramiento en el manejo del paciente.

Este planteamiento, además de ser un derecho que tiene la familia, facilita su colaboración para que los usuarios se mantengan en contacto con los servicios de rehabilitación, y acepten las propuestas del equipo, al aumentar la credibilidad de los profesionales por parte de la familia.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es evaluar la actividad asistencial de un ETAC, comarca Uribe, durante el año 2016 tras la ampliación de recursos humanos del mismo realizada por la RSMB.

DESCRIPCIÓN

En noviembre de 2015 nuestro equipo amplía su plantilla con otra enfermera y un trabajador social a tiempo completo. Así a partir de dicha fecha contamos con psiquiatra, dos DUE, monitor/auxiliar y trabajador social. El horario de atención es de 8.00 h. a 16.30 h.

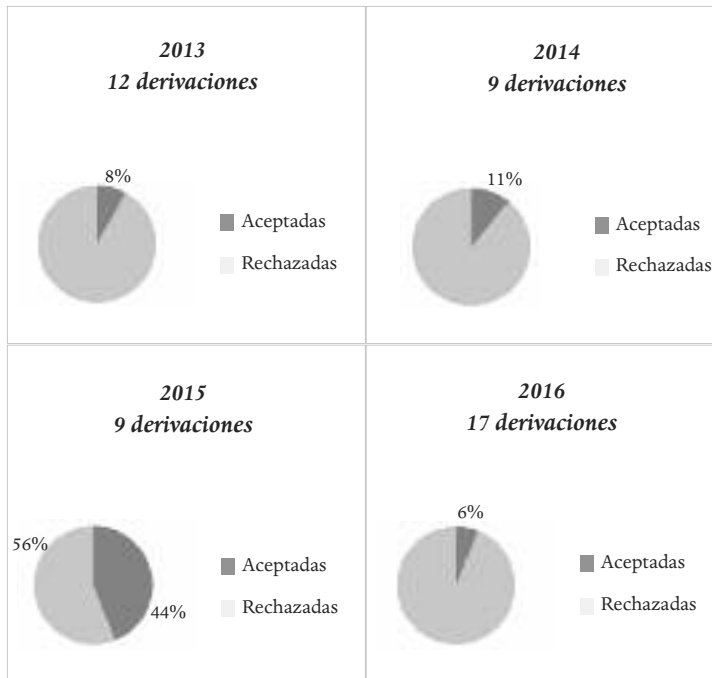
El perfil de pacientes incluidos en el programa comprende una edad entre 18-65 años con un diagnóstico de Trastorno Mental Grave, fundamental-

mente psicosis esquizofrénicas y afectivas. Presentan antecedentes de mala adherencia al tratamiento comunitario estándar y una historia de hospitalizaciones repetidas, abandonos reiterados del tratamiento y/o un funcionamiento psicosocial precario.

RESULTADOS

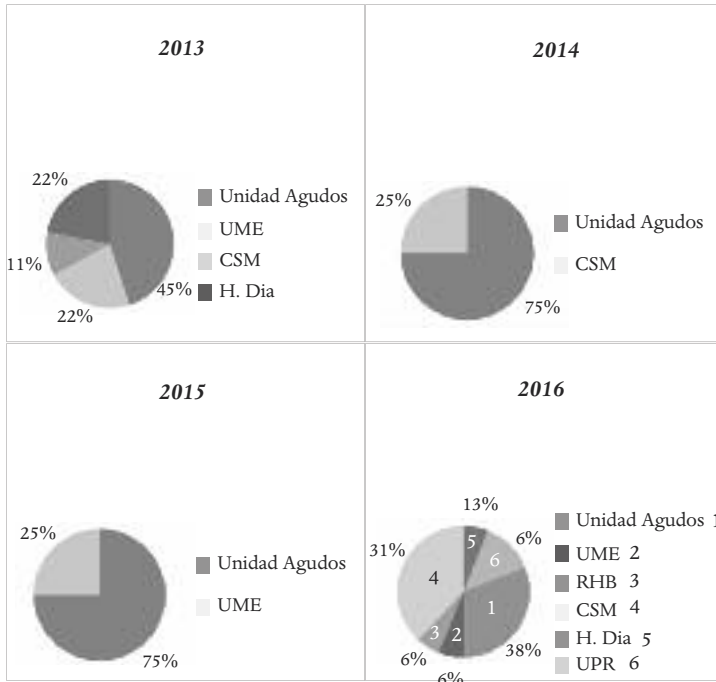
Analizamos a continuación los datos asistenciales de 2016 comparándolos con los datos de los tres años previos.

Número de derivaciones:



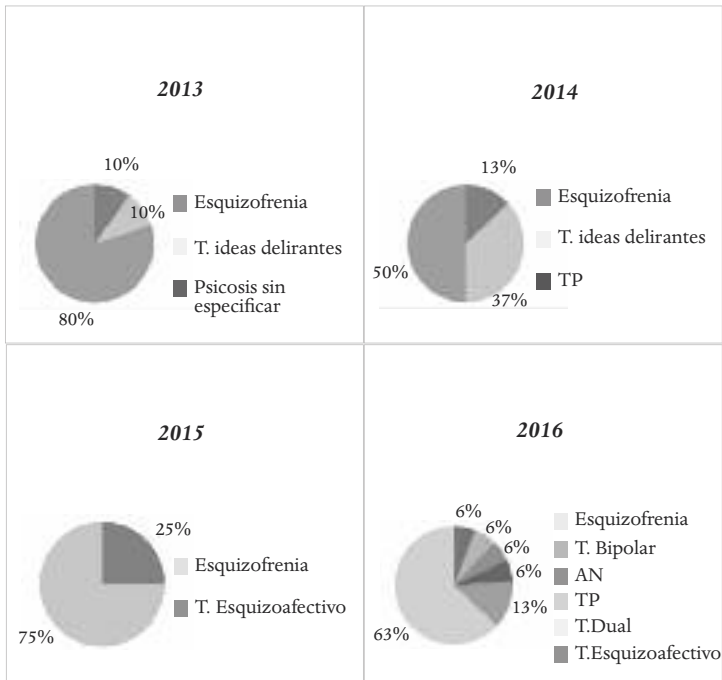
Como observamos en los gráficos, el número de derivaciones se ha visto incrementado respecto a los años previos. Así mismo el porcentaje de derivaciones admitidas en el equipo ha sido mayor en 2016. Esto es debido, por un lado, a la ausencia de lista de espera y por otro a la mejor adecuación de las derivaciones a los criterios ETAC.

Procedencia de las derivaciones:



Asimismo, cada vez son más los dispositivos pertenecientes al sistema vasco de salud que derivan pacientes al ETAC. Esto se debe sobre todo a la labor de difusión que se ha llevado a cabo por los responsables de los ETAC dentro de la RSMB para su conocimiento.

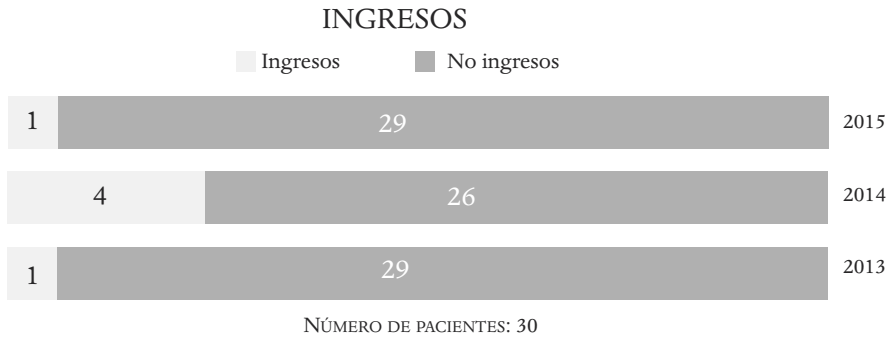
Diagnóstico:



En cuanto al diagnóstico de los usuarios, podemos observar que el más prevalente continúa siendo el de esquizofrenia. Esto es debido en gran parte a los propios criterios de inclusión en los ETAC.

No obstante, cabe señalar que gracias a la ampliación de plazas se ha dado cabida a otro tipo de pacientes que a pesar de no tener un diagnóstico de TMG, tienen unas características de funcionamiento similar.

Número de ingresos:



En cuanto al número de ingresos/ año tras la derivación, cabe señalar que a pesar del aumento de usuarios del ETAC, el nº de ingresos no se ha visto incrementado: apoyando este dato a los presentados con anterioridad y que postulan a los ETAC como dispositivos eficientes frente a la hospitalización (6).

CONCLUSIONES

EL ETAC es un dispositivo eficaz, junto con otras alternativas a la hospitalización y dispositivos residenciales socio-sanitarios, para el desarrollo del modelo comunitario siendo además sus costes una demostración de uso eficiente de los recursos y con una reducción significativa de las necesidades de hospitalización. Por ello, desde la RSMB se ha dado un impulso a este tipo de servicio. Con la ampliación del ETAC Uribe Kosta, en concreto, se ha conseguido una significativa reducción de lista de espera y mayor acce-

sibilidad a dicho recurso produciéndose mayor número de derivaciones desde un abanico más amplio de dispositivos. A pesar de que desde el ETAC Uribe Kosta se presta atención a pacientes con distintos diagnósticos dentro del espectro del TMG, la categoría Esquizofrenia es la más prevalente.

En cuanto al número de ingresos hospitalarios, cabe destacar que al contrario de lo que podría parecer, en un primer momento, el porcentaje ha disminuido al beneficiarse un mayor número de pacientes con TMG de un seguimiento más estrecho y continuado a nivel comunitario.

Por todo ello, parece que la estrategia a seguir debería basarse en reforzar los recursos comunitarios sociosanitarios y sanitarios como alternativa a los ingresos en unidades de agudos y al creciente uso de la urgencia como acceso al ingreso, un aspecto que parece crucial como indicador de integración.

BIBLIOGRAFÍA

1. THORNICROFT G, TANSELLA M. "Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence". *British Journal of Psychiatry* 2004; 185: 283–290.
2. STEIN LI, TEST MA. "Alternative to mental hospital treatment I. Conceptual model, treatment program and clinical evaluation." *Archives of General Psychiatry* 1980; 37: 392–397.
3. GOLD AWARD: A Community Treatment Program. Mendota Mental Health Institute, Madison, Wisconsin. 1974. *Psychiatric Services* 2000; 51(6):755–758.
4. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009.

Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N° 2007/05.

5. MARTÍNEZ JAMBRINA JJ. “El modelo Avilés para la implantación del tratamiento asertivo comunitario”. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria* 2007; 7(2):147-159
6. PEREIRA RODRÍGUEZ, C. URIARTE URIARTE, J.J. MORO ABASCAL J. MARTÍNEZ CORRAL, FCO.J. Assessment of assertive community treatment in the Bizkaia Mental Health Services/Evaluación del tratamiento asertivo comunitario en la Red de Salud Mental de Bizkaia. *International Journal of Integrated Care*. Vol 12, May 2012.

Programa de entrenamiento en imitación de emociones faciales en pacientes con esquizofrenia

Training programme in imitation of facial emotions in patients with schizophrenia

*Carmen Armas Barbazán*¹

*Elisa Desirée Sapia Rodríguez*²

*Alejandro Alberto García Caballero*³

*Raimundo Mateos Álvarez*³

1 - USM, Hospital Comarcal de Monforte, Lugo.

2 - Asociación de apoyo al enfermo mental Albores, Lugo.

3 - Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Santiago de Compostela.

Correspondencia: carmenarmasb@hotmail.com

RESUMEN

El reconocimiento emocional está deteriorado en los pacientes con esquizofrenia. Se ha demostrado la alteración de la mímica facial rápida en esquizofrenia y se hipotetiza que la alteración del sistema de neuronas espejo (MNS) puede estar relacionado con el deterioro en el reconocimiento emocional. Algunos autores han demostrado la eficacia de la imitación facial in vivo para mejorar el reconocimiento de emociones faciales. El objetivo de este estudio es evaluar la aplicabilidad, así como obtener datos preliminares sobre la eficacia de un juego online de imitación de emociones faciales en pacientes con esquizofrenia a la hora de mejorar el reconocimiento de emociones faciales. Participantes y método: Se realizó un estudio piloto con una muestra global de 19 pacientes con esquizofrenia distribuidos en dos grupos: intervención (n=10) reclutados de los centros de atención psicosocial Albores (Lugo) se

sometieron a un entrenamiento en imitación de emociones faciales online, incluido en e-Motional Training® durante 4 meses, 60 min. por semana (divididos en dos sesiones). El grupo control (n=9) no recibe entrenamiento específico. Se realizó una evaluación previa y posterior a la intervención, aplicando las pruebas de identificación de emociones faciales (Ekman 60 y ER40), la Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS) y el Test breve de Inteligencia (K-BIT). Resultados: El grupo intervención presenta una mejoría estadísticamente significativa en la puntuación total de Ekman 60 ($p=0.024$) y ER40 ($p=0.011$). El grupo control no presenta variaciones pre/post intervención. Discusión: El entrenamiento en imitación de emociones faciales puede mejorar el reconocimiento emocional en pacientes con esquizofrenia. Esperamos poder confirmar estos resultados preliminares en un futuro ECA.

Palabras clave: Imitación de emociones faciales. Esquizofrenia. Neuronas espejo. Entrenamiento online. Reconocimiento facial.

ABSTRACT

Emotional recognition is impaired in patients with schizophrenia. The disruption of the rapid facial mimicry in schizophrenia has been demonstrated and it is hypothesized that a dysfunction in the mirror neuron system (MNS) may be related to the impairment in emotional recognition. Some authors have demonstrated the effectiveness of facial imitation in vivo to improve the recognition of facial emotions. The aim of this study was to assess the applicability as well as to obtain preliminary data on the efficacy of an online training in imitation of facial emotions in improving emotion recognition in patients with schizophrenia. Participants and method: A pilot study was conducted with 19 patients with schizophrenia distributed in two groups: intervention group (n = 10) recruited from the psychosocial care centers Albores (Lugo) received online training in imitation of facial emotions, included in e-Motional Training® for 4 months, 60 min. per week (divided into two sessions). The control group (n = 9) does not receive specific training. A previous and post-intervention evaluation was performed, applying the tests of identification of facial emotions (Ekman 60 and ER40), the Positive and Negative Symptom Scale (PANSS) and the Brief Intelligence Test

(K-BIT). Results: The intervention group presented a statistically significant improvement in the total score of Ekman 60 ($p = 0.024$) and ER40 ($p = 0.011$). The control group did not present pre/post intervention variations. Discussion: Training in imitation of facial emotions may improve emotional recognition in patients with schizophrenia.

This encouraging preliminary data we hope will be confirmed in a future RCT.

Keywords: Imitation of facial emotions. Schizophrenia. Mirror neurons. Online training. Facial recognition.

INTRODUCCIÓN

El deterioro en la cognición social es una característica común en los pacientes con esquizofrenia. La cognición social hace referencia al conjunto de operaciones mentales que subyacen en las interacciones sociales y es entendida como un constructo multidimensional que incluye las áreas de procesamiento emocional, la percepción y conocimiento social, el estilo atribucional y la teoría de la mente (TOM) (1, 2).

El reconocimiento emocional está deteriorado en los pacientes con esquizofrenia y se ha relacionado con dificultades interpersonales y deterioro del funcionamiento psicosocial, que condicionan una mayor disfunción social (3,4), menores relaciones sociales y una peor calidad de vida (5,6).

Estas alteraciones en el reconocimiento son de mayor intensidad en el caso de las emociones faciales negativas, siendo normal en la mayoría de los casos el reconocimiento de los rostros que expresan alegría (7).

Se proponen como hipótesis explicativas: el escaneado anómalo de caras (8) y más recientemente la relación con el sistema de las neuronas espejo (9).

Mientras estudiaban la corteza premotora en el macaco, Rizzolatti y colaboradores descubrieron un sistema de neuronas en el área F5 que se activaba no sólo cuando el mono realizaba una acción, sino también cuando observaba al investigador realizar una acción similar (10,11). Denominaron

a este sistema el sistema de neuronas espejo (MNS), que entre otras cosas son las que nos permiten imitar a los demás en sus gestos y acciones (como si fuera un espejo) y también son las que nos permiten ponernos en el lugar del otro y sentir sus emociones. Las neuronas espejo son la prueba fisiológica de la existencia de la empatía.

Aparte de la imitación, se ha propuesto que las neuronas espejo juegan un papel fundamental en el reconocimiento y la comprensión del significado de las acciones de los demás (12). Ramachandran, en su último libro *The tell-tale brain* (13), afirma que estas neuronas interpretan la mente del otro, determinando qué se propone hacer, de tal forma que las neuronas espejo participan en procesos empáticos y percepción de intenciones ajenas. A Ramachandran le gusta llamarlas “neuronas Gandhi” o “neuronas de empatía” porque sirven para borrar la separación entre el yo y el Otro.

El contagio emocional es el fenómeno en la comunicación verbal y no verbal mediante el cual los individuos reflejan automáticamente las expresiones faciales y los estados de ánimo de los demás. Según Hatfield et al. (14), el proceso comienza con la percepción de las expresiones faciales de los otros, a lo que le sigue la imitación del observador en forma de movimientos encubiertos, rápidos e involuntarios (conocido como mímica facial rápida). Se cree que el efecto de la mímica facial rápida es una retroalimentación aferente que induce la emoción percibida en el observador, un requisito potencial para la experiencia de la empatía.

En esquizofrenia está demostrada la alteración de la mímica facial rápida (15) y se hipotetiza que la alteración del MNS puede estar relacionado con el deterioro en el reconocimiento emocional.

Investigaciones recientes han demostrado que las estrategias basadas en la imitación pueden mejorar habilidades relacionadas con la cognición social, en particular en el reconocimiento de emociones faciales.

Mazza et al. (16) describen los resultados de un estudio en el que se utiliza una estrategia basada en la imitación ETIT (Emotion and TOM Imitation Training) en pacientes ambulatorios con esquizofrenia frente a grupo control; demostrando la eficacia de la imitación facial in vivo para mejorar el reconocimiento de emociones faciales.

OBJETIVO

Evaluar la aplicabilidad, así como obtener datos preliminares sobre la eficacia de un juego online de imitación de emociones faciales en personas con esquizofrenia a la hora de mejorar el reconocimiento facial.

PARTICIPANTES Y MÉTODO

Se realizó un estudio piloto (N=19) para el que se reclutó un grupo (n=10) de pacientes con esquizofrenia estables de los centros de atención psicosocial Albores (Lugo) junto a un grupo de control (n=9) comparable a nivel sociodemográfico, clínico y en reconocimiento emocional (*Tabla. 1*)

Los pacientes del grupo intervención (n=10) realizaron entrenamiento mímico online 60 min. por semana (divididos en dos sesiones) durante 4 meses, incluido en e-Motional Training®.

El grupo control (n=9) no recibe entrenamiento específico.

Se realiza una evaluación previa y posterior a la intervención aplicando la siguiente batería de pruebas: Ekman 60 Faces Test (Ekman 60), Penn Emotion Recognition Task (ER40), Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS) y el Test breve de Inteligencia (K-BIT).

Para iniciar el entrenamiento el paciente accede a la página web www.emotionaltraining.com y se registra con un nombre de usuario y contraseña. Al iniciar la sesión se dirige al apartado juegos, en el que está incluido el módulo de mímica. Para el entrenamiento en imitación de emociones faciales se utiliza un software de reconocimiento de emociones faciales de Sightcorp, gamificado por el equipo investigador. El software detecta los rostros y mide la intensidad de cada expresión facial en las seis emociones básicas de Ekman (alegría, tristeza, ira, sorpresa, miedo y asco) en tiempo real mediante el uso de una webcam. Además se inserta una etiqueta de audio que se reproduce automáticamente, así el paciente oye la instrucción del tipo de emoción que se elicitó mientras se produce la imitación. e-Motional Training® ofrece al paciente la oportunidad de jugar estableciendo un feedback inmediato con él, al asignar valores a la precisión de la imitación

(intervalo de medida 0-10) hasta alcanzar la exactitud imitativa e ir corrigiendo los fallos que puedan aparecer durante la sesión, de tal manera que refuerza el que el paciente juegue (**Fig.1**).

RESULTADOS

Los pacientes en el grupo intervención presentaron una mejoría estadísticamente significativa en la puntuación total de Ekman 60 ($p=0.024$) (**Fig.2**) y ER-40 ($p=0.011$) (**Fig.3**).

El grupo control no muestra variaciones en la evaluación del reconocimiento de emociones faciales pre y post-intervención.

CONCLUSIONES

El entrenamiento en imitación de emociones faciales puede mejorar el reconocimiento emocional en pacientes con esquizofrenia.

Estos alentadores resultados preliminares necesitan ser confirmados a partir de un ECA. De confirmarse nuestros resultados, la imitación podría ser considerada como una nueva frontera en la rehabilitación, fácil de implementar a través del e-Motional Training®.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- GREEN MF, PENN DL, BENTALL R, ET AL. (2008) "Social cognition in schizophrenia: an NIMH Workshop on definitions, assessment, and research opportunities". *Schizophr Bull* 34(6), 1211-1220.
- PENN, D. L., SANNA, L. J., & ROBERTS, D. L. (2008). "Social cognition in schizophrenia: an overview". *Schizophrenia bulletin*, 34 (3), 408-411.
- BEDIOU B., ASRI F., BRUNELIN J., KROLAK-SALMON P., D'AMATO T., SAOUD M., AND TAZI I. (2007). "Emotion recognition and genetic vulnerability to schizophrenia". *Br. J. Psychiatry*, 191,126-30.

- EMERY N. J., CAPITANIO J. P., MASON W. A., MACHADO C. J., MENDOZA S. P., AND AMARAL D. G. (2001) The effects of bilateral lesions of the amygdala on dyadic social interactions in rhesus monkeys (*Macaca mulatta*). *Behav. Neurosci.*, 115 (3), 515–44.
- BREKKE J., KAY D. D., LEE K. S., AND GREEN M. F. (2005) “Biosocial pathways to functional outcome in schizophrenia.” *Schizophr. Res.* 80 (2–3), 213–225.
- TSOI D. T., LEE K.-H., KHOKHAR W. A., MIR N. U., SWALLI J. S, GEE K. A., PLUCK G., AND WOODRUFF P. W. R (2008). “Is facial emotion recognition impairment in schizophrenia identical for different emotions? A signal detection analysis”. *Schizophr. Res.* 99 (1–3), 263–269.
- KOHLER, C.G., TURNER, T.T., BILKER, W.B., BRENSINGER, C., SIEGEL, S.J., KANES, S.J. & GUR, R.C. (2003). “Facial emotion recognition in schizophrenia: intensity effects and error pattern”. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1168-1174.
- STREIT M, WÖLWER W, GAEBEL W. (1997) “Facial-affect recognition and visual scanning behaviour in the course of schizophrenia”. *Schizophr Res.* 11; 24(3):311-317.
- MEHTA U. M., THIRTHALLI J., ANEELRAJ D. , JADHAV P., GANGADHAR B. N., AND KESHAVAN M. S. (2014) “Mirror neuron dysfunction in schizophrenia and its functional implications: a systematic review”. *Schizophr. Res.*, vol. 160 (1–3): 9–19.
- DI PELLEGRINO, G., FADIGA, L., FOGASSI, L., GALLESE, V., & RIZZOLATTI, G. (1992). “Understanding motor events: A neurophysiological study”. *Experimental Brain Research*, 91, 176-180.
- IACOBONI M. & M. DAPRETTO (2006) “The mirror neuron system and the consequences of its dysfunction”. *Nat. Rev. Neurosci.*, 7 (12), 942–951.
- IACOBONI M. (2009) Neurobiology of imitation. *Curr. Opin. Neurobiol.*, 19 (6), 661–665.
- RAMACHANDRAN V. (2012) *Lo que el cerebro nos dice*. Barcelona: Paidós.
- HATFIELD, E., CACIOPPO, J. T., & RAPSON, R. L. (1994). *Emotional contagion (studies in emotion & social interaction)*. New York: Cambridge University Press.

VARCIN, K., BAILEY, P. E., & HENRY, J. D. (2010). "Empathic deficits in schizophrenia: The potential role of rapid facial mimicry." *Journal of the International Neuropsychological Society* 16, 621-629.

MAZZA, M.; LUCCI, G.; PACITTI, F.; PINO, M.CH; MARIANO, M.; CASACCHIA, M.; RONCONE, R. (2010) Could schizophrenic subjects improve their social cognition abilities only with observation and imitation of social situations?, *Neuropsychological Rehabilitation*, 20, 675-703.

ANEXOS

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES

	GRUPO CONTROL	GRUPO INTERVENCIÓN	p*
Edad (SD)	38,89 (6,60)	39,00 (8,44)	0,84
SEXO			
Varón, n		89	0,737
Mujer, n		11	
NIVEL ESTUDIOS			
Primarios, n		21	0.49
Secundarios, n		36	
Terciarios, n		43	
OCUPACIÓN			
Paro, n		00	0.21
Pensionista, n		710	
En activo, n		10	
Estudiante n		10	
ESTADO CIVIL			
Sotero, n		910	0.93
Casado, n		00	
Separado, n		00	
Viudo / otro, n		00	
Edad Diagnóstico (SD)	24.67 (6.65)	23.60 (5.75)	0.78
Dosis tratamiento mg clorpromacina (SD)	355.18 (205.6)	344.15 (143.2)	0.72
Ingresos hospitalarios, n (SD)	2.33 (3.04)	3.20 (4.36)	0.60

* p-value: U Mann-Whitney.

** p 0.55 estadísticamente significativo

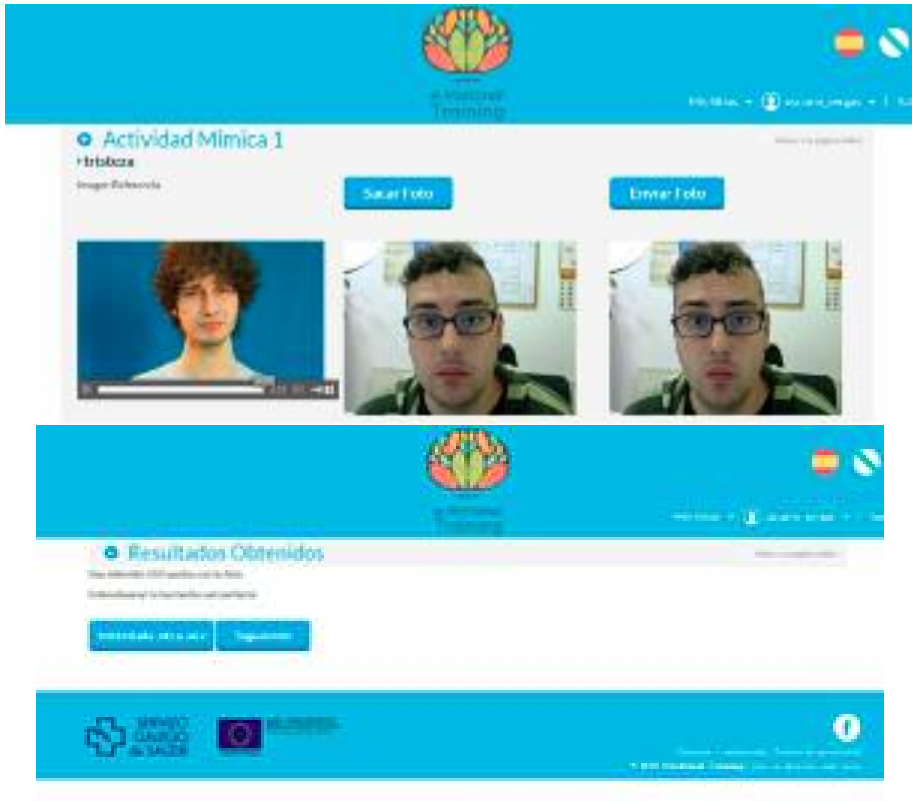


Fig. 1. Módulo entrenamiento en imitación de emociones faciales

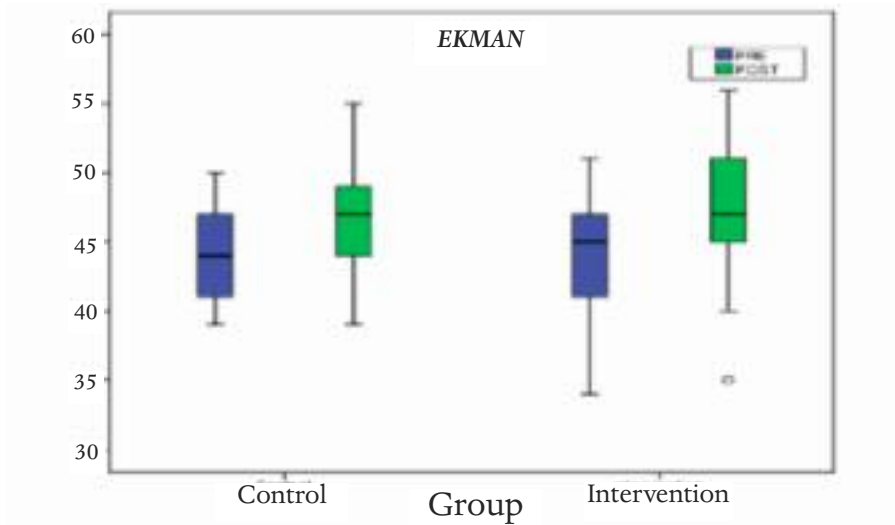


Fig. 2. Puntuaciones Ekman 60 Faces Test pre/post intervención

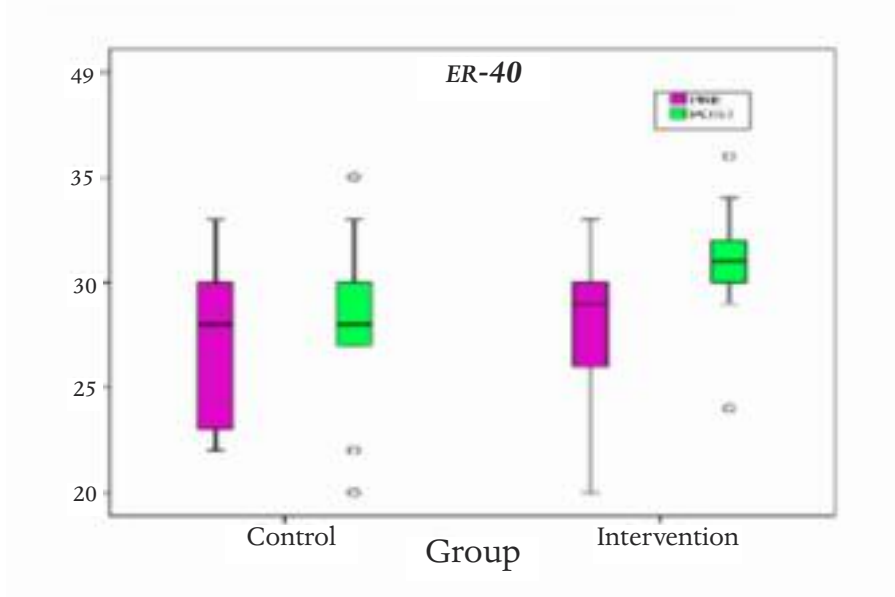


Fig. 3. Puntuaciones ER40 pre/post intervención

¿Autobiografías, Patobiografías o Autopatobiografías?

Autobiographies, Pathobiographies or Autopathobiographies?

Santiago Agra Romero. Psiquiatra USM III - Conxo
Complejo Hospitalario-Universitario de Santiago

Correspondencia: santiago.agra.romero@sergas.es

RESUMEN

La reciente publicación de una autobiografía (“*Yo no soy la señorita Chevalier. Memorias de una loca*”) sirve de pretexto para resaltar la importancia de este género histórico-literario como complemento en la formación del profesional de la salud mental.

Palabras clave:

Autopatobiografía - Salud mental - Formación.

ABSTRACT

The recent publication of an autobiography (“*Yo no soy la señorita Chevalier. Memorias de una loca*”) serves as a pretext to highlight the importance of this historical and literary genre as a supplement to the training of mental health professionals.

Key words:

Autopathobiography - Mental health - Formation.

INTRODUCCIÓN

Según el programa elaborado por la Comisión Nacional de la Especialidad y aprobado por la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación del Ministerio de Educación y Ciencia por resolución de fecha 25 de abril de 1996 (Real Decreto 127/84): "...psiquiatra es el médico especialista que ha adquirido conocimientos teóricos y prácticos en el diagnóstico y tratamiento de las personas que sufren trastornos mentales...". Pues bien, dentro de los contenidos teóricos a adquirir por el futuro psiquiatra se encuentra una amplia gama de conocimientos (bases científicas, psicopatología, trastornos y síndromes psiquiátricos, psicofarmacología, psicoterapias, etc.), conocimientos que deben ser adquiridos a través de diversas fuentes y soportes: manuales y tratados, monografías, libros de casos, revistas, historias clínicas, seminarios, congresos, actividad investigadora, tesis doctorales, peritajes, sesiones clínicas, conferencias y charlas más o menos formales, etc. Si nos atenemos a la parte teórica, hasta aquí nada que sea diferente a cualquier otra especialidad en cuanto a las fuentes utilizadas; sin embargo, es en la parte práctica donde se observan las mayores diferencias, concretamente en la relación médico-enfermo, es decir, la clínica. No es objetivo del presente comentario el destacar o ahondar en las diferencias entre especialidades sino más bien resaltar una peculiaridad del enfermo mental cual es la de ser capaz de producciones artísticas principalmente en los campos de la música, la pintura y, sobre todo, la literatura (poesía, teatro, prosa, etc.). Se puede decir que en ninguna otra especialidad están tan unidas la enfermedad y lo producido por el enfermo; sirvan de ejemplos la Colección Prinzhorn (una de sus piezas más renombradas es la chaqueta de Agnes Richter, enferma mental y costurera quien bordó el interior de la misma con textos en alemán antiguo (1) o la "Collection de L'Art Brut" de Jean Dubuffet; en fotografía, los autorretratos de David Nebreda o el estudio de las lenguas por parte de Louis Wolfson) y, probablemente, no haya otra especialidad con tanta presencia en la literatura.

La relación entre psiquiatría y literatura podemos encontrarla de diversas formas; así tenemos psiquiatras que hacen literatura, como Giné y Partagás con "Un viaje a Cerebrópolis" (2), "La familia de los Onkos" (3) o "Misterios de la locura" (4); el malogrado Luís Martín-Santos con "Tiempo de silencio" (5)

y “*Tiempo de destrucción*” (6); Samuel Shem (seudónimo de Stephan J. Bergman) y “*La casa de Dios*” (7) o “*Monte Miseria*” (8) o también Irvin D. Yalom con “*El día que Nietzsche lloró*” (9); hasta hace no mucho tiempo incluso un laboratorio farmacéutico de ámbito nacional patrocinaba un concurso de relatos entre los profesionales de la Psiquiatría. Psiquiatras como personajes literarios aparecen en el cuento de E.A. Poe (10), en donde nos explica el método terapéutico del Dr. Tarr y del Profesor Fether (Dr. “Alquitrán” y Profesor “Pluma”, respectivamente; la elección de los nombres no es casual) o en cuentos circulares como “*El alienista*” (11) de Machado de Asís o “*El pabellón nº 6*” (12) de A. Chejov; Ramón y Cajal escribió sus “*Cuentos de vacaciones*” (13) sin otra pretensión literaria más que la de entretener. La novela como género literario tampoco es ajena a las modas psiquiátricas y así vemos como el psicoanálisis se cuela en las obras de Italo Svevo y “*La conciencia de Zeno*” (14), del año 1923 en la que Zeno cuenta su vida por recomendación del psicoanalista que lo trata para dejar de fumar o en la obra más actual de Phillip Roth cual es “*El lamento de Portnoy*” (15).

Hay novelas en las que la patología mental juega un papel destacado como en “*El licenciado Vidriera*” (16) de Cervantes siguiendo por Rosalía de Castro y “*El primer loco (cuento extraño)*” (17), datado en 1881, el cual premonitoriamente transcurre en el convento ubicado en el entonces ayuntamiento de Conxo, convento que se transformaría en Sanatorio Psiquiátrico en julio de 1886, mes y año del fallecimiento de la autora. En “*El hospital de la transfiguración*” (18) Stanislaw Lem describe las tribulaciones del Dr. Stefan Trzyniecki en un hospital psiquiátrico en tiempos de la ocupación nazi; Ken Kesey y la renombrada y cinematográfica “*Alguien voló sobre el nido del cuco*” (19); George Cockcroft (alias Luke Rhinehart) y su sobrevalorado “*El hombre de los dados*” (20); Torcuato Luca de Tena y “*Los renglones torcidos de Dios*” (21), con la particularidad del ingreso voluntario del propio escritor para aportar mayor conocimiento y rigor al relato; Simon Winchester en “*El profesor y el loco*” narra la relación entre dos personajes, el coordinador James Murray y el colaborador Dr. William Minor, en la elaboración del Oxford English Dictionary (22); Rivka Galchen en sus “*Perturbaciones atmosféricas*” nos cuenta las vicisitudes de un psiquiatra quien cree que otra mujer ha suplantado a su esposa (23) o, más recientemente, María Luisa Prada y “*La sombra del ámbar*”, en la que nuevamente se hace referencia al

Sanatorio Psiquiátrico de Conxo (24). Otras, como la de Weiner (25) o la de Muñoz Avia (26) no están exentas de cierto tono humorístico.

También puede adoptar la forma de relato periodístico ya sea para contar la experiencia del internamiento, en lo que fue pionera Nelly Bly (alias de Elizabeth Jane Gordon) quien nos contó la suya en “*Diez días en un manicomio*” (27), ya sea a la hora de abordar la vida de ciertos personajes como el poeta Leopoldo María Panero (28) o músicos de dudosa salud mental y vida azarosa como el trompetista (y a veces cantante) de jazz Chet Baker (29).

Una variante que aúna historia, psiquiatría y literatura es la patobiografía; por citar algunas y en castellano, las escritas por Jaspers (30): “*Genio artístico y locura. Strindberg y Van Gogh*” o por Cabaleiro (31): “*Werther, Mischkin y Joaquín Monegro vistos por un psiquiatra. Trilogía patográfica*”. Por cierto, el diccionario de la RAE no registra el término “patobiografía” sino el utilizado por Cabaleiro: según la RAE “patografía es la descripción de las enfermedades”, término que tampoco coincide con lo descrito por dichos autores.

La producción literaria por parte de los propios enfermos mentales la encontramos también en forma de cartas, cuentos, novela de ficción, poesía, teatro, comic, etc., e incluso publicaciones más o menos periódicas y/o efímeras como son las revistas confeccionadas por los mismos (voluntarismo) y auspiciadas con mayor o menor interés por las propias instituciones (una de las primeras publicaciones de este tipo se remonta al año 1850 cuando un grupo de enfermas ingresadas en el New York State Lunatic Asylum de Utica empezó a editar “*The Opal*” (32). Ejemplos más recientes y próximos los tenemos en las editadas en los Sanatorios psiquiátricos de Toén o Conxo, o los más elaborados *Cahiers pour la folie* que se publican en Francia sin interrupción desde el año 1970.

La reciente publicación del libro “*Yo no soy la señorita Chevalier. Memorias de una loca*” (33), sirve como ejemplo de la capacidad del enfermo mental para contar su historia de forma autobiográfica: Hersilie Rouy (1814-1881), ingresada contra su voluntad a lo largo de 14 años (septiembre 1854 - noviembre 1868) en diferentes hospitales psiquiátricos franceses, con nombre distinto (“*señorita Chevalier*”), atrapada dentro del diagnóstico de “*monomanía*” según Esquirol (34):...*a pesar de lo irracional que sean sus actos, los mo-*

nomaniacos siempre tienen argumentos más o menos plausibles para justificarlos, de tal forma que uno podría decir de ellos que son locos razonantes (des fous raisonnables)". Pues bien, Hersilie Rouy, a través del relato de sus vicisitudes para recuperar su nombre, su libertad y reparar las injusticias con ella cometidas, nos permite conocer de forma simultánea y de primera mano las características de la psiquiatría (francesa) de la época (ingreso arbitrario, desamparo, funcionamiento de los hospitales psiquiátricos, relación médico-enfermo, los tratamientos aplicados, etc.), es decir, la psiquiatría desde dentro, contada desde el punto de vista del paciente (señalar la habilidad de la "señorita Chevalier" para conseguir papel y escribir las cartas con su propia sangre a falta de tinta, cartas que llevaba prendidas en el interior de sus ropas. Por las mismas fechas pero en el Hospital Estatal de Illinois, Elizabeth Parker, durante su forzado ingreso, enviaba notas dentro de las prendas que confeccionaba para sus hijos...).

OBJETIVO

La publicación de la mencionada autobiografía nos da pie para revisar este género, a caballo entre la literatura, la psiquiatría y la historia, como fuente de información a tener en cuenta en la formación de los futuros Especialistas en Psiquiatría, Psicología y/o de cualquier otro trabajador de la salud mental.

Concepto de Autobiografía - Autopatobiografía

La primera dificultad nos viene dada por la propia definición de "autobiografía"; según el diccionario de la RAE "*autobiografía es la vida de una persona escrita por ella misma*" y se admiten dos definiciones de la misma: la restrictiva y la amplia. Definición restrictiva, más literaria que histórica, es la de Phillipe Lejeune: "*relato retrospectivo en prosa que una persona real hace de su propia existencia, poniendo énfasis en su vida individual y, en particular, en la historia de la personalidad*". Siguiendo a Viñao Fago (35) "esta definición excluye del género autobiográfico las obras en verso, las memorias o recuerdos, los autorretratos, los diarios y todos aquellos textos que pertenecen al ámbito de lo que se conoce como "escrituras privadas" autorreferenciales, así como las memorias

y diarios institucionales, es decir, aquella en la que el centro de atención lo constituye el yo que recuerda y que da cuenta de su vida y persona.

- En las memorias, testimonios, recuerdos o impresiones no predomina la introspección sino la extroversión; no es el yo que recuerda y que narra sino el mundo exterior, los acontecimientos y personajes que se recuerdan y de los que se habla. Con respecto a la autobiografía es una distinción más teórica y académica que real.
- El autorretrato: texto breve, circunscrito a la descripción de los rasgos físicos y psicológicos del que escribe.
- El diario: sucesión de textos fechados
- La entrevista autobiográfica
- Cartas, memorias de tipo administrativo, boletines de notas, etc”.

Como vemos, la definición restrictiva resulta demasiado restrictiva pues atiende a un único aspecto de la persona mientras que la definición amplia es demasiado difusa. Por tanto, ¿qué ocurre cuando una persona relata partes de su vida (más o menos extensas, incluso con alteración del orden cronológico) y el relato tiene que ver con padecer una enfermedad (psiquiátrica o somática) y que puede dar cabida a valoraciones, opiniones, etc., por parte de terceras personas (familia, amistades, profesionales de la salud, periodistas, etc.) con independencia del medio utilizado ya sea oral ya sea escrito? Carecemos de término en castellano no así el idioma inglés en el que coexisten dos: “*autopatografía*” y “*autopatobiografía*”, que pueden definirse como “relato retrospectivo que una persona real hace de un determinado período de su vida, más o menos extenso, a partir de sus recuerdos o vivencias de su padecimiento (sería la *autopatobiografía* en sentido estricto y que podemos denominar como “*autopatobiografía individual*”), pero también puede incorporar información clínica, comentarios, valoraciones, opiniones, críticas, etc., por parte de terceras personas (familia, profesionales, amistades, periodistas, etc.) que hayan tenido alguna relevancia sobre la persona y/o los hechos relatados” (lo que podría denominarse “*autopatobiografía compartida*”). Por tanto y a falta de validez, consenso o desacuerdo sobre la idoneidad del término y con el fin de no

desvirtuarlo según la utilización por parte de los autores revisados, donde está escrito “autobiografía” debería leerse “autopatobiografía” ya sea de autoría personal ya sea compartida.

Los primeros estudios de autobiografías fueron llevados a cabo por Sommer y Osmond (36) quienes, como continuación de sus investigaciones iniciadas en 1960 y con finalidad didáctica, teórica y de investigación, en su artículo publicado en 1983 recurren a un censo de 8 antologías y 63 autobiografías de pacientes hospitalizados. Con posterioridad a esta revisión Sommer et al. (37) incrementan el censo anterior con 7 antologías y 48 autobiografías para lo cual incluyen pacientes no ingresados pero manteniendo los diagnósticos de esquizofrenia y trastorno bipolar; para los fines citados clasifican las autobiografías mediante un cuestionario estructurado en cuatro apartados: primero, el propio libro (lo que podríamos llamar “ficha técnica”); segundo, el paciente (datos demográficos, diagnóstico, actitud hacia la enfermedad y los tratamientos); tercero, tratamientos (número, tipo, duración) y cuarto, valoración del libro por parte del propio paciente y/o familiares.

Prueba de que el interés por el subgénero autobiográfico no ha perdido vigencia lo encontramos en el trabajo de A. Molinari (38): la revisión de 1000 de las 2500 historias clínicas del archivo del Hospital Psiquiátrico de Quarto al Mare de Génova ha permitido la recuperación de “...*cien autobiografías y de un número considerable de cartas autógrafas...*”. Con respecto a las cartas escritas por enfermos mentales ingresados, debo mencionar, por si fuese de interés, el excelente trabajo de A. Beveridge (39).

Aún tratándose de un tema tan circunscrito como es el de los relatos autobiográficos, a poco que nos adentremos en el mismo apreciamos una bibliografía inabarcable: hasta el momento el mayor esfuerzo hay que atribuírselo a Gail A. Hornstein et al. (40) quienes han elaborado un registro denominado “*Bibliography of First-Person Narratives of Madness in English*”, cuya 5ª edición (y por ahora última) fue publicada en diciembre de 2011; consiste en un registro abierto a nuevas incorporaciones (cualquiera puede hacerles llegar autobiografías de pacientes siempre que estén escritas en lengua inglesa) con más de 900 referencias que se inician en el siglo XV

y agrupadas en cuatro apartados: primero, relatos personales de locura escritos por los propios supervivientes (serían las verdaderas “autopatobiografías”); segundo, relatos escritos por los familiares; tercero, antologías, análisis narrativo y crítico; cuarto, relación de páginas web. Es tal el número de autobiografías registradas que dicho catálogo abarca prácticamente todos los diagnósticos psiquiátricos. Con respecto al tercer apartado, señalar que incluye la nada desdeñable perspectiva de género como es el estudio de la enfermedad mental desde el punto de vista de la mujer, un aspecto poco abordado que cuenta con las notables aportaciones de Geller y Harris (41) y Hubert (42), a las que hay que añadir las de Chesler (43), Showalter (44), Appignanesi (45) y Wilson (46).

La mencionada bibliografía de Hornstein et al. (40) también se nutre de lo editado por Chipmunka Publishing-The Mental Health Publisher (chipmunkapublishing.co.uk) la cual, desde su fundación hace diez años por un enfermo mental, Jason Pegler, ha publicado hasta la fecha 1500 títulos pertenecientes a más de 600 autores (también dispone de catálogo de libro electrónico de descarga libre).

Clasificación:

Por nuestra parte y con fines meramente expositivos clasificamos las auto(pato)biografías de la siguiente manera: históricas (hasta finales del siglo XIX); actuales (siglos XX y lo que llevamos del XXI); noveladas y mixtas o compartidas.

A – Auto(pato)biografías “históricas”

El género autobiográfico se considera iniciado según los expertos, al menos en lengua inglesa, por Margery Kempe (c. 1373 - c. 1440); su interés radica no solo en su carácter fundacional sino también por contener el relato de lo que podríamos diagnosticar como psicosis post-parto tras el nacimiento del primero de sus catorce hijos en el año 1436. Escrito “por mandato divino”, el manuscrito estuvo perdido cerca de quinientos años, hasta 1934; desde esta fecha se han sucedido varias ediciones, una de ellas en castellano (47).

A este primer manuscrito se han sucedido otros relatos autobiográficos cuales son, por citar algunos, el del poeta inglés y autor de himnos religiosos William Cowper (48), quien desde los 21 años padeció varios episodios de depresión e intentos de suicidio así como ingreso durante dos años en el St. Albans Insane Asylum. John Thomas Perceval, quien publicó en dos volúmenes su experiencia como ingresado desde 1831 hasta 1834; como consecuencia creó en el año 1845 una de las primeras asociaciones en defensa de los enfermos mentales, la “*Alleged Lunatics’ Friend Society*” (49, edición prologada por Georges Bateson). Isaac H. Hunt (50) denunció “*el bárbaro, inhumano y cruel tratamiento recibido en el Maine Insane Hospital entre los años 1844 y 1847 por parte de los Drs. Isaac Ray y James Bates y por sus asistentes y encargados...*”. Ebenezer Haskell (51) publicó él mismo sus memorias en 1869 donde nos cuenta sus encierros y fugas del Pennsylvania Hospital for the Insane y nos describe el llamado “tratamiento del águila desplegada”: se desnudaba al paciente y tendiéndolo de espaldas en el suelo, mientras cuatro personas sujetaban y tiraban de pies y manos, el médico o un asistente, subido a una silla o mesa, arrojaba calderos de agua fría sobre la cara del paciente.

Una de las limitaciones atribuidas a las autobiografías, sobre todo a las históricas, se refiere a la imposibilidad de interpelar al autor a cerca de lo relatado, no digamos indagar en su historia clínica; sin embargo y quizá como excepción, podemos acceder al caso clínico de Hersilie Rouy (33) gracias a uno de sus psiquiatras, Ulises Trelat (52), quien la menciona como el “Caso L” dentro del apartado “orgullosos” (no está de más comparar lo que una cuenta y el otro ve).

B – Auto(pato)biografías “actuales”

Son las más numerosas y variadas. Entre ellas podemos mencionar las de Clifford W. Beers (53), quien después de haber permanecido ingresado durante varios años fundó en 1909 el todavía vigente “*Mental Hygiene Movement*”. El periodista y explorador William Seabrook (54) y su estancia manicomial voluntaria durante ocho meses para curar su alcoholismo en 1933; Flora Rheta Schreiber (55) y Cameron West (56) nos cuentan sus vicisitudes como personalidades múltiples. La periodista Elizabeth Wurtzel (57) y los escritores William Styron (58) y Andrew Solomon (59) nos relatan

en primera persona su proceso depresivo. Un caso más que interesante es de la enfermera psiquiátrica Clare Marc Wallace, diagnosticada de esquizofrenia y su paradójica ausencia de conciencia de enfermedad mental (60); Donna Williams (61) y su lucha contra el autismo; en palabras de la propia autora “...es una historia sobre aprender a construir algún lugar a partir de ningún lugar y un alguien a partir de un nadie...”. Susanna Kaysen (62) y su trastorno borderline de la personalidad (criterios DSM-I, vigente hasta el año 1968) aderezando el relato con varios informes clínicos. Entre los bipolares se encuentran Kate Millet (63) y las consecuencias del abandono del tratamiento con litio y también Kay Redfield Jamison (64), profesora de psiquiatría del Johns Hopkins Medical School y defensora del litio; Louis Althusser (65) y su psicosis confusional aguda en el transcurso de la cual estranguló a su esposa; la joven chilena Práxedes Valdivieso (66) y el error diagnóstico que desde su infancia marcó su vida. Entre los diagnosticados de esquizofrenia mencionar a Janet Frame (67, 68), la profesora adjunta de Psiquiatría Elyn R. Sacks (69) (dosis altas de antipsicóticos + terapia de grupo + terapia individual tres días a la semana) o William Jiang (70) como ejemplos de lucha por superar una enfermedad de tan funesto pronóstico. Si bien los “*Sucesos memorables de un enfermo de los nervios*” del magistrado Schreber (71) no se pueden etiquetar de propiamente autobiográficos por referirse a un período muy concreto de su vida, aprovechamos la oportunidad para mencionarlos por su importancia y trascendencia.

C – Auto(pato)biografías “*noveladas*”

Son los relatos inequívocamente autobiográficos pero modificados no en su contenido sino en su exposición literaria. Destacan sobre todo “*The yellow wallpaper*” de Charlotte Perkins Gilman (72), cuya publicación tanto impacto causó en la sociedad de su tiempo. En 1946 se publicó “*El pozo de las serpientes (A snake pit)*” de Mary Jane Ward (73); memorables la plasmación de la atmósfera manicomial y, para los que vivimos los últimos días de tal sistema asistencial, el relato del comedor en el capítulo XII, páginas 190 y ss... (también hay película); la en su momento impactante e influyente “*La campana de cristal*” de la suicida Sylvia Plath (74) o “*I never promised you a rose garden*” de Joanne Greenberg (publicada en su primera edición bajo el seudónimo de Hanna Green) (75), en la que nos cuenta con detalle su trastorno deli-

rante-alucinatorio y su tratamiento psicoterapéutico a cargo de la “*Dra. Fried*”, quien no es otra que la *Dra. Frieda* Fromm-Reichmann.

D – Auto(pato)biografías “mixtas” o “compartidas”

Como se dijo anteriormente en ocasiones la autoría del relato no es exclusiva del enfermo mental pues unas veces la comparten el binomio “psiquiatra-paciente” como ocurre con Ludwig Binswanger y Aby Warburg (76); “Renee” y su terapeuta psicoanalista Margueritte Secheyaye (77) o bien los influenciados por la “antipsiquiatría” Mary Barnes y Joseph Berke (78). Otras veces es un periodista quien colabora con el/la paciente para dar forma al relato y hacer asequible su lectura (sin que por ello pierda un ápice su carácter testimonial); son los casos de Howard Dully y Charles Fleming (79) en la que el primero nos relata su peripecia vital a la búsqueda de la explicación de por qué su madrastra consiguió que lo lobotomizaran a los 12 años de edad mientras que el periodista Charles Fleming redacta y pule el estilo. Patty Duke, actriz oscarizada y recientemente fallecida, nos cuenta su vida como enferma bipolar en dos libros; en el segundo se asocia con Gloria Hochman (80) quien intercala información sobre dicha enfermedad. Otro ejemplo a destacar es el de Lori Schiller, quien nos cuenta su adolescencia como esquizofrénica jalonada con intentos de suicidio, ingresos (“*a quiet room*” o “la habitación tranquila” que da título al libro), TEC, etc., mientras Amanda Bennet (81) aporta e intercala lo vivido por familiares y amigos así como partes del historial clínico.

Menos frecuente es el caso de la colaboración entre familia y paciente; sirvan de ejemplos la de los hermanos Jay y Robert Neugeboren (82); la de Sheila Harvey (83) compartida por esposo, hijos y psiquiatras o el de Michael Greenberg y el debut de la enfermedad de su hija (84). El joven Henry Cockburn (85), su padre Patrick (corresponsal de guerra), su madre, su hermano y otros familiares nos relatan los cambios que sufrieron sus vidas por la esquizofrenia del primero y lo mismo podemos decir del matrimonio formado por el excelente saxofonista de jazz Art Pepper (tóxicos, cárcel, psicopatía, etc.) y Laurie, su esposa y redentora (86).

Por la parte que nos toca, a caballo entre la autobiografía y el impacto de la enfermedad mental propia y/o de familiares de profesionales de la salud mental, procede citar la edición de Stephen P. Hinshaw (87).

¿Por qué escriben? Intencionalidad

Si variadas son las épocas, las personas, los testimonios o los diagnósticos, variadas son también las intenciones con que fueron escritas. Para Franck (88) el contar historias (*storyteller*) puede servir para ayudar a las personas a afrontar y manejar sus enfermedades y clasifica aquellas en tres grupos: las historias de restitución, son las más frecuentes pero la enfermedad aparece solamente de forma transitoria; las historias de caos: incrustadas en la crisis de la enfermedad pero no pueden ir más allá de esta fase; las historias de búsqueda: hablan del sufrimiento y están motivadas por la creencia de la persona de que algo se puede aprovechar de la experiencia. Según este autor las historias de restitución y búsqueda son las más publicadas.

Adame y Hornstein (89), a partir de las autobiografías de unos 600 casos exclusivamente en lengua inglesa hasta el año 2006, establecen como motivos los siguientes:

- denuncia de las condiciones de la institución psiquiátrica
- refutación de estigma de “enfermedad mental”
- reconstrucción de la experiencia caótica
- recuperación de la capacidad narrativa tras superar el trastorno
- contar la experiencia
- dar una versión diferente a la de los especialistas
- explicar el origen de la enfermedad
- identificar fallos en la atención recibida: abuso, rechazo, pérdida de derechos, etc.
- autoanálisis
- mandato divino.

Como resultado de la lectura de las autobiografías reseñadas en la bibliografía, a los anteriores motivos se pueden añadir los siguientes:

- supervivencia, romper aislamiento, integridad mental (mantenerse cuerdo)
- justificar salud mental propia (lo vivido como prueba de cordura)
- anamnesis o recolección de recuerdos (simplemente, no olvidar)
- prueba judicial de salud mental
- defensa, acusación, denuncia o protesta

- no olvidar
- incentivación terapéutica (pacto autobiográfico)
- ayuda/ aviso a terceros

Vemos, por tanto, disparidad de motivos y, por supuesto, algunos autores comparten más de una motivación por lo que al tratarse de diferentes autores con diferentes patologías y diferentes épocas no podemos decir que exista una finalidad común o única en su publicación. Sin embargo, en todas ellas subyace una motivación profunda y encomiable cual es la voluntad de sanar, de superar la enfermedad, no resignarse ante la adversidad y si para conseguirlo es necesario salir del anonimato y hacer público el sufrimiento...

¿Para quién escriben?

Tampoco hay un único destinatario: al público en general, a los directores de hospitales, a los propios psiquiatras (pero no para agradecer...), a las autoridades (gobernantes, jueces, etc.), a los familiares, a sí mismos (reconstrucción vital, no olvidar)...

¿Cuándo escriben?

En general los relatos autobiográficos están escritos en los intervalos de mejoría o en fase de post-crisis, es decir, cuando la persona se encuentra o bien en plenitud de facultades o bien la enfermedad no se manifiesta de forma tan grave que perturbe las funciones psíquicas superiores imprescindibles para tal cometido. Es esta la razón por la que la práctica totalidad de los relatos autobiográficos no son editados como "diarios" y si acaso alguno lo hace es más bien como recurso estilístico que como secuencia temporal propiamente dicha.

Con respecto a la lucidez o integridad psíquica de los enfermos escritores nos puede servir de ejemplo MacLennan (90) quien analiza la obra de varios poetas: Thomas Hoccleve, Torquato Tasso, James Carkesse, John Bunyan, George Trosse, William Cowper, John Clare y Gérard de Nerval. Quien quiera adentrarse en el tema puede recurrir al estudio de A. Ludwig (91), estudio basado en 2200 biografías publicadas entre 1960 y 1990 correspondientes a 1004 personajes famosos.

La credibilidad

Evidentemente son relatos subjetivos susceptibles de contener recuerdos deformados (voluntaria o involuntariamente), amnesias parciales, relatos fragmentarios, alteración de la secuencia de acontecimientos, etc.; algunos autores recurrieron, como hemos visto, a la ayuda de terceros (familia, periodistas, psiquiatras...) unas veces para completar el relato biográfico y otras veces con vistas a lograr una mejor exposición formal; por esto último se ha puesto en duda la veracidad de lo relatado; es lo que ocurrió en el momento de su publicación con tres de las autobiografías etiquetadas como “noveladas”, si bien las propias autoras, Mary Jane Ward (73) y Joanne Greenberg, firmando ya con su verdadero nombre (75), o bien el libro de Janet Malcolm (92) sobre Sylvia Plath contribuyeron a aclarar la veracidad de lo relatado.

La credibilidad y la veracidad de los relatos autobiográficos también la proporciona el propio psiquiatra cuando los lee: salvo honrosas excepciones, en las autobiografías “actuales” no es raro verse reflejado en decisiones, comentarios, actuaciones, errores, sumisión al “orden” establecido como por ejemplo priorizar normas de funcionamiento frente a las necesidades del enfermo; responsabilizar al paciente del mal funcionamiento o de los costes del Sistema nacional de Salud...; la falta del más elemental sentido de humanidad, el trato distante, irresponsable cuando no degradante hacia el enfermo; la escasa o nula implicación terapéutica; en resumen, el paciente como “enemigo del sistema” y no como ciudadano con derecho a la salud, etc.

En ocasiones, lo vivido y lo relatado por el paciente parece funcionar como “el otro lado del espejo”, es decir, aún sin pretender denunciar abiertamente las actuaciones de los psiquiatras, simplemente describiéndolas, vemos como se reflejan negativamente en el cuadro clínico, en la evolución del mismo, en la relación médico-enfermo, etc., con consecuencias a veces desastrosas para el paciente. Sirvan de ejemplo las descripciones contenidas en “*El pozo de las serpientes*” (73) propias de los manicomios de años 50 del siglo pasado o, más recientemente, la crónica escrita por Jay Neugeboren y su hermano Robert (82): múltiples ingresos forzosos, cambios de tratamiento psicofarmacológico, frecuentes cambios de psiquiatra; decisiones equivocadas, opi-

niones y abordajes contradictorios; promesas incumplidas; “fatalidad bioquímica” (la enfermedad mental es una alteración bioquímica del cerebro, por tanto...); asistencia extrahospitalaria deficiente e insuficiente y descoordinada, etc. Otro tanto se puede decir de las vicisitudes de la familia Cockburn (85) atrapada por los cambios en la asistencia psiquiátrica de la Inglaterra de los años 80-90 del pasado siglo (cierre de manicomios, dispositivos extrahospitalarios precarios, insuficientes, descoordinados, personal desmotivado...), etapas no tan lejanas para alguno de nosotros.

Utilidad

Con respecto a su utilidad práctica ya en 1974 Buckley y Sander (93) proponían recurrir a ciertas autobiografías de pacientes como materia de estudio en la formación de especialistas en salud mental: Sigmund Freud y “*El hombre de los lobos*” (94) así como los ya citados “*Sucesos memorables de un enfermo de los nervios*” del magistrado Schreber (71); “*A mind that found itself*” de Clifford Beers (53) y “*I never promised you a rose garden*” (74). Por su parte, el citado Sommer (95) va más allá e incluso recomendaba hacer una selección de las mismas como coadyuvante de la psicoterapia.

En otro orden de cosas también podemos añadir su utilidad como ejercicio de autocrítica y de aprendizaje de errores (propios y ajenos) pues hay que tener en cuenta que lo relatado por algunas de las más recientes (la transformación de la asistencia, la primacía del interés económico sobre el asistencial, etc.), lo estamos padeciendo en la actualidad.

Limitaciones

En primer lugar, la ya mencionada limitación que supone no poder interactuar con los protagonistas de los relatos.

En segundo lugar, más que limitación estamos ante una delimitación: no se contemplan casos clínicos (infantiles, judiciales) ni biografías ni patobiografías ni antologías de casos. No se tienen en cuenta ni la crítica ni el análisis literario (no se cuestiona la calidad literaria) ni tampoco la relación entre creatividad y psicopatología o la enfermedad mental de personajes famosos. Lo mismo sucede con la ficción, la poesía, el teatro o cualquier otro medio de expresión escrito al que recurran los enfermos mentales.

En tercer lugar, solamente los pacientes alfabetizados con mayor o menor formación, solos o con ayuda, nos hacen accesibles sus vicisitudes a través de la escritura; desconocemos por tanto lo que ocurrió con lo que suponemos la inmensa mayoría, es decir, con todos aquellos que no han tenido la posibilidad de plasmar por escrito sus vivencias como enfermos mentales. Esta ausencia se ha intentado paliar parcialmente mediante el “*Mental Health Testimony Project*”, ubicado en la British Library y constituido por el conjunto de testimonios de enfermos mentales registrados en video. Si bien no coincide con esta finalidad, merece la pena mencionar el trabajo de Fredriksson y Lindström (96) en el que valoran la relevancia, no la autenticidad, de la experiencia del sufrimiento en un grupo de ocho pacientes no suicidas ni psicóticos mediante conversación grabada y mantenida con enfermeras.

En cuarto lugar, el idioma. La inmensa mayoría de la bibliografía utilizada está escrita en inglés lo que no quiere decir que no se hayan publicado en otros idiomas; simplemente este hecho pone en evidencia la práctica ausencia de referencias auto(patobiográficas en castellano; sirva de ejemplo el “*Diario de una enfermedad mental (esquizofrenia)*” de A. Ramos (97).

CONCLUSIONES

La amplia variedad de las experiencias personales vertidas en las mencionadas auto(patobiografías nos ofrece un completo panorama de la historia de la psiquiatría desde todos los puntos de vista pues abarca desde el más íntimo y personal no solo por parte de quien sufre sino también de su entorno familiar más próximo (aportan información de primera mano) hasta la evolución de los diagnósticos (de la monomanía a la paranoia, por ejemplo), de los tratamientos biológicos (contención física, shocks de todo tipo, la psicocirugía, los psicofármacos, etc.) y psicoterapéuticos, la relación médico-enfermo contada desde el punto de vista del enfermo, la vida institucional con sus normas de funcionamiento, las relaciones entre estamentos implicados en la asistencia al enfermo mental, la transformación de los dispositivos asistenciales siempre bajo criterios económicos, la descoordinación/disgregación asistencial, etc.; por tanto, los relatos auto(patobiográficos son una fuente

necesaria de conocimiento y aprendizaje que complemente la formación del Residente MIR o PIR o de cualquier trabajador de la salud mental, con independencia de lo acertado o no del término propuesto, *autopatobiografía*, o de la clasificación utilizada para la presente exposición.

Pero, si la bibliografía es extensa, inabarcable... ¿por donde empezar? Además de la bibliografía utilizada, sobre todo la referenciada por Hornstein et al. (40), otro buen punto de partida lo constituyen las antologías, entre las que podemos destacar las de Kaplan (98), Raymond Queneau (99), Dale Peterson (100), Andre Blavier (101), Roy Porter (102), Basset y Stickley (103) o LeCroy y Holschuh (104). Pero a día de hoy no todos los pacientes escriben auto(patobiografías y consiguen publicarlas por lo que habrá que buscarlas también en internet... en blogs... las llamadas "redes sociales"... porque si las consultas duran diez minutos...

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. HORNSTEIN, G. A. *Agnes's Jacket. A psychologist's search for the meanings of madness*. PCCS Books, UK Edition, 2012.
2. GINÉ Y PARTAGÁS, J. *Un viaje a Cerebrópolis*. Barcelona: Imprenta Ramírez y Cía, 1884.
3. GINÉ Y PARTAGÁS, J. *La familia Onkos*. Barcelona: La Academia, 1888.
4. GINÉ Y PARTAGÁS, J. *Misterios de la locura*. Barcelona: Imprenta Heinrich y Cía, 1890.
5. MARTÍN-SANTOS, L. *Tiempo de silencio*. Barcelona: Seix Barral, 1962.
6. MARTÍN-SANTOS, L. *Tiempo de destrucción*. Barcelona: Seix Barral, 1964.
7. SHEM, S. *La casa de Dios*. Barcelona: Anagrama, 1998.
8. SHEM, S. *Monte Miseria*. Barcelona: Anagrama, 2000.
9. YALOM, ID. *El día que Nietzsche lloró*. Barcelona: Destino, 2001.
10. POE, E.A. *El sistema del Dr. Tarr y el Profesor Feather*. 1845. www.cuentosinfinito.com

11. MACHADO DE ASÍS, JM^a. *El alienista*. 1881. www.ciudadseva.com
12. CHEJOV, A. *El pabellón nº 6 y otros relatos*. Madrid: Alianza Editorial, 1994.
13. RAMÓN Y CAJAL, S. *Cuentos de vacaciones*. Madrid: Espasa Calpe, 1964.
14. SVEVO, I. *La conciencia de Zeno*. 1923.
15. ROTH, P. *El lamento de Portnoy*. 1969.
16. CERVANTES, M. *El licenciado Vidriera y otras novelas ejemplares*. Barcelona: Editorial Salvat, 1986.
17. CASTRO, R. *El primer loco (cuento extraño)*. Madrid: Aguilar, 1977.
18. LEM, S. *El hospital de la transfiguración*. Madrid: Impedimenta, 2008.
19. KESEY, K. *Alguien voló sobre el nido del cuco*. Barcelona: Editorial Bruguera, 1979.
20. COCKCROFT, G. *El hombre de los dados*. Barcelona: Destino, 2003.
21. LUCA DE TENA, T. *Los renglones torcidos de Dios*. Barcelona: Planeta, 1979.
22. WINCHESTER, S. *El profesor y el loco*. Madrid: Debate, 1999.
23. GALCHEN, R. *Perturbaciones atmosféricas*. México: Editorial Almadia, 2010.
24. PRADA SARASUA, ML. *La sombra del ámbar*. Oviedo: KRK, 2011.
25. WEINER, E. *Una pandilla de lunáticos*. Barcelona: Editorial Planeta, S.A., 1989.
26. MUÑOZ AVIA, R. *Psiquiatras, psicólogos y otros enfermos*. Madrid: Punto de Lectura, S.L., 2006.
27. BLY, N. *Diez días en un manicomio*. Barcelona: Ediciones BUCK, 2009.
28. FERNÁNDEZ, JB. *El contorno del abismo. Vida y leyenda de Leopoldo María Panero*. Barcelona: Tusquets Editores, 1999.
29. GAVIN, J. *Deep in a dream. La larga noche de Chet Baker*. Barcelona: Reservoir Books-Mondadori, 2004.
30. JASPERS, K. *Genio artístico y locura. Strindberg y Van Gogh*. Barcelona: El Acantilado, 2001.

31. CABALEIRO GOÁS, M. *Werther, Mischkin y Joaquín Monegro vistos por un psiquiatra*. Trilogía patográfica. Lugo: Asociación Gallega de Psiquiatría, 1998.
32. CLARK, E. "Mad Literature: Insane Asylums in Nineteenth-Century America". *Arizona Journal of Interdisciplinary Studies*, 2015; 4:42-65.
33. ROUY, H. *Yo no soy la señorita Chevalier. Memorias de una loca*. Madrid: Siglo XXI de España Editores, 2015.
34. ESQUIROL, JEAN-ETIENNE-DOMINIQUE. *Des Maladies Mentales*, 1838; tomo II, págs. 49-50.
35. VIÑAO FAGO, A. "Las autobiografías, memorias y diarios como fuente histórico-educativa: tipología y usos". *Sarmiento: Anuario galego de historia da educación*, nº 3, 1999, pags 223-258.
36. SOMMER, R; OSMOND, H. "A Bibliography of Mental Patients' Auto-biographies, 1960-1982". *American Journal of Psychiatry*, 1983; 140(8):1051-1054.
37. SOMMER, R; CLIFFORD, JS; NORCROSS, JC. "A Bibliography of Mental Patients' Autobiographies: An Update and Classification System". *American Journal of Psychiatry*, 1998; 155(9):1261-1264.
38. MOLINARI, A. *Autobiografías de mujeres en un manicomio italiano a principios del siglo XX en "Letras bajo sospecha"*, Antonio Castillo Gómez y Verónica Sierra Blas Editores, Ediciones Trea S.L., Gijón, 2005 pags.: 379-399.
39. BEVERIDGE, A. "Life in the Asylum: patients' letters from Morningside, 1873-1908". *History of Psychiatry*, 1998; 9 (36):431-469.
40. HORNSTEIN, G.A., MEDARIS J, HADDAD M, MCGRAW CH. *Bibliography of First-Person Narratives of Madness in English* (5th Edition), Dec 2011. Disponible en www.gailhornstein.com
41. GELLER, JL; HARRIS, M. *Women of the Asylum. Voices from behind the walls, 1840-1995*. New York: Doubleday, 1994.
42. HUBERT, S. *Questions of power: the politics of women's madness narratives*. New Jersey: Associated University Presses, USA, 2002.

43. CHESLER, P. *Women and madness*. New York: Doubleday, 1972.
44. SHOWALTER, E. *The female malady. Women, madness and English culture, 1830-1980*. Virago Press, UK, 1987.
45. APPIGNANESSI, L. *Mad, bad and sad. A history of women and the mind doctors from 1800 to the present*. Virago Press, UK, 2008.
46. WILSON, S. *Voices from the asylum. Four french women writers, 1850-1920*. New York: Oxford University Press, 2010.
47. KEMPE, M. *Libro de Margery Kempe. La mujer que se inventó a sí misma*. Publicacions de la Universitat de València, 2012.
48. COWPER, W. *Memoir of the early life of William Cowper, esq. written by himself*. Edward Earle, Philadelphia, 1816. <http://books.google.com/>
49. PERCEVAL, JT. *Perceval's narrative. A patient's account of his psychosis, 1830-1832*. Stanford University Press, 1961. <https://archive.org/details/anarrativetreat00percgoog>
50. HUNT, IS. *Astounding Disclosures! Three years in a mad house*. Patricia Degan Collection. www.disabilitymuseum.org/dhm/lib/catcard.html?id=736
51. HASKELL, E. The Trial of Ebenezer Haskell, in Lunacy, and His Acquittal Before Judge Brewster, in November, 1868, together with a Brief Sketch of the Mode of Treatment of Lunatics in Different Asylums in this Country and in England, with Illustrations, Including a Copy of Hogarth's Celebrated Painting of a Scene in Old Bedlam, in London, 1635. Philadelphia: published by Ebenezer Haskell, 1869.
52. TRÉLAT, U. *La locura lúcida. La biblioteca de los alienistas del Pisuerga*, Madrid, 2014.
53. BEERS, C.W. *A mind that found itself: an autobiography*. University of Pittsburg Press, 1981.
54. SEABROOK, W. *Asylum*. New York: Dover Publications, Inc., 2015.
55. SCHREIBER, FR. *Sybill*. Barcelona: Círculo de Lectores, 1975.
56. WEST, C. *Mis múltiples personalidades. Un testimonio real*. Plaza y Janés Editores, Barcelona, 2001.

57. WURTZEL, E. *Nación Prozac*. Barcelona: Ediciones B, 1996.
58. STYRON, W. *Esa visible oscuridad*. Madrid: Narrativa Mondadori, 1991.
59. SOLOMON, A. *El demonio de la depresión*. Barcelona: Ediciones B, 2002.
60. WALLACE, CM. *Portrait of a schizophrenic nurse*. Hammond, Hammond & Co., Ltd. London, 1965.
61. WILLIAMS, D. *Alguien en algún lugar. Diario de una victoria contra el autismo*. Barcelona: N.E.Ed Ediciones, 2012.
62. KAYSEN, S. *Girl interrupted*. New York: Vintage Books-Random House, 1993.
63. MILLET, K. *The loony-bin trip*. University of Illinois Press, 2000.
64. JAMISON, KR. *An Unquiet Mind: A Memoir of Moods and Madness*. New York: Alfred A. Knopf, 1995.
65. ALTHUSSER, L. *El porvenir es largo*. Barcelona: Ediciones Destino, 1992.
66. VALDIVIESO, P. *Yo también fui retardada mental*. Santiago de Chile: LOM Ediciones, 1999.
67. FRAME, J. *Rostros en el agua*. Barcelona: Ediciones B, 1991.
68. FRAME, J. *Un ángel en mi mesa*. Barcelona: Seix Barral Biblioteca Formentor, 2008.
69. SAKS, E.R. *The center cannot hold. My journey through madness*. New York: Hachette Books, 2015.
70. JIANG, W. *Entre la esquizofrenia y mi voluntad: una historia de locura y esperanza*. Createspace Independent Publishing Platform, 2012.
71. SCHREBER, DP. *Sucesos memorables de un enfermo de los nervios*. Madrid: AEN, 2003.
72. PERKINS GILMAN, CH. *The yellow wallpaper (The Northon Anthology of American Literature)*. New York: Gen. Ed. Nina Baym, 2011.
73. WARD, MJ. *El pozo de las serpientes (A snake pit)*. Barcelona: Luis de Caralt Editor, 1948.
74. PLATH, S. *La campana de cristal*. Barcelona: Edhasa, 2008.

75. GREENBERG, J. *I never promised you a rose garden*. New York: St Martin's Paperbacks, 2009.
76. BINSWANGER, L; WARBURG, A. *La curación infinita-Historia clínica de Aby Warburg*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo Editora, 2007.
77. SECHEHAYE, M, "Renee". *Autobiography of a schizophrenic girl. The true history of "Renee"*. New York: Meridien, 1994.
78. BARNES, M; BERKE, J. *Viaje a través de la locura*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca, 1974.
79. DULLY, H; FLEMING, C. *My lobotomy. A memoir*. London: Vermilion, 2008.
80. DUKE, P; HOCHMAN, G. *A brilliant madness. Living with maniac-depressive illness*. New York: Bantam Books, 1992.
81. SCHILLER, L; BENNET, A. *A quiet room. A journey out of the torment of madness*. New York: Warner Books, 1994.
82. NEUGEBOREN, J. *Imagining Robert: My Brother, Madness, and Survival. A Memoir*. New York: William Morrow & Company, Inc., 1997.
83. HARVEY, S. *Sheila's book. A shared journey through "madness"*. Taunton Printing Company, UK, 2003.
84. GREENBERG, M. *Hacia el amanecer*. Barcelona: Círculo de Lectores, 2009.
85. COCKBURN, P; COCKBURN, H. *Henry's demons. A father and son's journey out of madness*. London: Simon & Shuster, 2011.
86. PEPPER, A; PEPPER, L. *Una vida ejemplar. Memorias de Art Pepper*. Barcelona: Global Rhythm Press, 2011.
87. HINSHAW, S (EDITOR). *Breaking The Silence. Mental Health Professionals Disclose Their Personal and Family Experiences of Mental Illness*. New York: Oxford University Press, 2008.
88. FRANCK, AW. *The wounded storyteller: body, illness, and ethics*. University Chicago Press, 1997.
89. ADAME, AL; HORNSTEIN, GA. "Representing madness: how are subjective experiences of emotional distress presented in first-person accounts?" *The Humanistic Psychologist*, 2006; 34(2):135-158.

90. MACLENNAN, G. *Lucid interval. Subjective writing and madness in History*. Fairleigh Dickinson Univ Pr., 1992.
91. LUDWIG, A. *The Price of Greatness: Resolving the Creativity and Madness Controversy*. New York: Guilford Press, 1995.
92. MALCOLM, J. *La mujer en silencio. La controvertida relación entre Sylvia Plath y Ted Hughes*. Barcelona: Editorial Gedisa, S.A., 2003.
93. BUCKLEY, P; SANDER, F. "The History of Psychiatry from the Patient's Viewpoint". *American Journal of Psychiatry*, 1974; 131(10):1147-1150.
94. FREUD, S. *Historia de una neurosis infantil (caso del Hombre de los lobos)*. O.C.
95. SOMMER, R. "The use of Autobiography in Psychotherapy". Comunicación presentada a la *Annual Conference of the American Psychological Association*, San Francisco, 2001.
96. FREDRIKSSON, L; LINDSTRÖM, U.A. *Caring conversations: psychiatric patients' narratives about suffering*. *Journal of Advanced Nursing* 2002; 40(4):396-404.
97. RAMOS BERNAL, A. *Diario de una enfermedad mental (esquizofrenia)*. Madrid: Editorial Club Universitario, 2009.
98. KAPLAN, E. (EDITOR). *The inner world of mental illness: a series of first-person accounts of what it was like*. New York: Harper & Row, 1964.
99. QUENEAU, R. *En los confines de las tinieblas. Los locos literarios*. Madrid: AEN, 2004.
100. PETERSON, D. *A mad people's history of madness*. University of Pittsburg Press, 1982.
101. BLAVIER, A. *Les fous litteraries*. Paris: Henry Veyrier, 1982.
102. PORTER, R. *Historia social de la locura*. Barcelona: Crítica, 1989.
103. BASSET, T; STICKLEY, T; EDITORS. *Voices of experience: narratives of mental health survivors*. John Willey & Sons, U.K., 2010.
104. LECROY, CW; HOLSCHUH, J; EDITORS. *First person accounts of mental illness and recovery*. John Willey & Sons, U.K., 2012.

*Electroterapia, medicina y psiquiatría en Galicia (España) a finales del siglo XIX y primeros años del XX**

*Electrotherapy, medicine and psychiatry in Galicia (Spain).
The late XIXth and early XXth century*

*David Simón Lorda*¹

*Xaqueline Estévez Gil*¹

*María Victoria Rodríguez Noguera*²

*Mónica Minoschka Moreira Martínez*²

*Tatiana Bustos Cardona*¹

Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario de Ourense (CHUO).

Servizo Galego de Saúde

1 - Psiquiatra.

2 - Médico Residente de Psiquiatría CHUO

Correspondencia: dsimlor@gmail.com

*Una versión más breve de este trabajo fue presentada como póster en las Jornadas Internacionales de Historia de la Psiquiatría en Coímbra en mayo de 2015. El trabajo actual ha sido revisado, corregido y ampliado en texto y bibliografía respecto a mayo de 2015.

RESUMEN

Se realiza una revisión acerca del uso de la electroterapia en el tratamiento de enfermedades nerviosas y mentales en los hospitales psiquiátricos y gabinetes médicos en la región de Galicia (Noroeste de España) durante el período de finales del siglo XIX y primeros años del XX. Se ha usado para ello el Archivo Clínico del Manicomio de Conxo (período 1885-1930), así como publicaciones y fuentes gráficas de la época, archivos privados y fuentes hemerográficas.

Conclusiones: Al igual que en muchos países europeos de esa época, la

electroterapia fue publicitada en su momento como una gran innovación terapéutica en la Galicia de esos años. Hubo gabinete de Electroterapia tanto en el Hospital Psiquiátrico central de la región (Manicomio de Conxo, Santiago de Compostela, que se inaugura en 1885) como en algunos hospitales generales que comienzan a tener gabinetes o departamentos de electroterapia en las primeras décadas del siglo XX. Asimismo se ofertaba electroterapia tanto en gabinetes médicos privados especializados como en establecimientos balnearios y centros hidroterápicos que van apareciendo desde finales del XIX y dedicados a tratamiento de enfermedades "nerviosas" (neurológicas, neurosis, neurastenias, histeria...).

Palabras clave: electroterapia, siglo XIX, siglo XX, hospitales psiquiátricos, historia de la psiquiatría, Galicia.

ABSTRACT

A review on the use of electrotherapy in the treatment of nervous and mental disorders in psychiatric hospitals and medical practices in the region of Galicia (NW Spain) during the late nineteenth and early twentieth is performed. We reviewed the Psychiatric Conxo Archives (period 1885-1930), as well as publications and graphic sources of the time, private files and newspaper sources.

Conclusions: As in many European countries at that time, electrotherapy was publicized at the time as a major therapeutic innovation in Galicia of those years. There were cabinet electrotherapy both the central Psychiatric Hospital in the region (Manicomio de Conxo, Santiago de Compostela, which opens in 1885) and in some general hospitals begin to have cabinets or departments of electrotherapy in the first decades of the twentieth century. Electrotherapy also was offered both private medical cabinets specialized establishments and spas and hydrotherapy centers that appear in nineteenth century and dedicated to treatment of "nerves" (neurological, neurosis, neurasthenia, hysteria ...) diseases.

Keywords: electrotherapy, XIXth century, XXth century, psychiatric hospital, history of psychiatry, Galicia.

1. INTRODUCCIÓN

En el siglo XIX, todos los avances en el campo de la electricidad fueron seguidos inmediatamente por aplicaciones en el campo de la medicina: la franklinización con la electrostática, la galvanización con las corrientes continuas o la faradización corrientes variables... que tuvieron controversias en sus campos de aplicación e incluso luego dieron el salto al mundo del espectáculo (Brenni, 2010), tal y como sucedió con otras técnicas usadas en el campo de la psiquiatría como la hipnosis (Vallejo, 2014). No es el objetivo del trabajo hacer una historia de la electroterapia, y sí señalar que la electroterapia, considerada como un agente terapéutico físico o psicofísico, similar al agua y al hipnotismo, fue recomendada frecuentemente por los facultativos en consultas y hospitales hacia finales del siglo XIX, y como indicaban los alienistas de esa época, no podía faltar en un manicomio.

La electroterapia fue utilizada masivamente con fines terapéuticos, y llegó a poseer un cierto status de reconocimiento en el arsenal terapéutico del momento (Beveridge, 1988; Shorter, 1999; Steinberg, 2011). El cuerpo era definido en aquellas épocas como una máquina eléctrica con sus propios circuitos, donde la electroterapia intervenía en ese “sistema nervioso electrificado”. Era tanto un método que servía de diagnóstico como terapéutico, y hay que señalar que todo ello fue articulado bajo la fascinación por la innovación tecnológico-social que supuso la llegada de la corriente eléctrica: estábamos en “la era de la electricidad” (Blondel, 2010; Correa, 2014).

En este artículo nos proponemos realizar una revisión acerca del uso de la electroterapia en el tratamiento de enfermedades nerviosas y mentales en los hospitales psiquiátricos y gabinetes médicos en la región de Galicia (Noroeste de España) en la época dorada de la electroterapia, y que abarca el período de finales del siglo XIX y primeros años del XX.

2. DE LA ELECTROTERAPIA DEL SIGLO XIX A LA “PUSHBUTTON PSYCHIATRY” DEL SIGLO XXI

En 1887 el ilustrador Daniel Urrabieta Vierge publica en la revista “Le Monde Illustré” algunos grabados en donde se muestra el Servicio de Electroterapia de la Clínica Salpêtrière de París, uno de los Hospitales más

importantes de Europa en esa época y cuya área neuropsiquiátrica estaba dirigida por Charcot. El grabador e ilustrador español afincado en Francia nos mostraba en sus trabajos el laboratorio y servicio de electroterapia del Dr. Romain Vigouroux, sucesor de Duchenne, en donde bajo la dirección del maestro Charcot, se trataban a enfermos neurológicos y psiquiátricos. El propio Urrabieta Vierge es tratado en el Servicio de Electroterapia de la Salpêtrière de París allí debido a una parálisis secundaria a accidente cerebrovascular, motivo por el cual dedica varios de sus grabados a temas relacionados con esa institución (Estévez, Simón y Bustos, 2013).

Pero no solo los problemas neurológicos se trataron con electroterapia en esos años en que además Charcot realizaba sus sesiones con las pacientes afectadas de histeria.

Así hacia 1889, se consideraba que en perturbaciones funcionales como la histeria los procedimientos electroterápicos eran la norma, y así se recomendaban la faradización general, los baños eléctricos, la galvanización del cerebro y de la columna vertebral no solo en histerias, sino también en insomnios, vértigos y “debilidades nerviosas”, en los “estados psicopáticos incipientes, vagos o incompletos”, “en la ansiedad mórbida, con insomnios y alucinaciones”, “en las neuropatías”, “en los ataques de psicosis”, y en las avanzadas como “las melancolías acentuadas”, “la excitación maníaca” y “las psicosis histeroepilépticas” (citado en Correa, 2014).

Uno de los libros muy usado por los médicos españoles dedicados a la electroterapia fue el escrito por Hyacinthe Guilleminot en 1907 y traducido al castellano en torno a 1910. En el mismo se aborda el tratamiento del histerismo, la neurastenia, vómitos nerviosos, afonías nerviosas, sonambulismo mediante la electroterapia, además de en otras indicaciones en patología neurológicas y musculares como neuralgias, tics, mioclonias, calambres profesionales... y otras muchas. En todas estas patologías hacía el autor consideraciones, a veces muy pormenorizadas cerca del electrodiagnóstico y la electroterapéutica de los casos. Otro libro traducido al castellano en 1931 fue el de Kowarschik sobre “La diatermia”. Originalmente publicado en 1923, fue traducido de la séptima edición alemana por Pedro Laín Entralgo. En dicha publicación también se aborda el tratamiento de la neurastenia mediante el uso de la diatermia.

En la actualidad, y tras décadas de silencio, la estimulación eléctrica para el tratamiento de las enfermedades mentales ha reaparecido con fuerza. En un contexto de re-somatización de la enfermedad mental, asistimos a una naciente y creciente fascinación hacia una “nueva electroterapia”: la estimulación del nervio vago por marcapasos, la estimulación cerebral profunda, la estimulación magnética transcraneal y una potenciación de la terapia con electrochoque (Gilman, 2008; Steinberg, 2011). Algunos autores como Kneeland y Warren (2002) la han denominado – con cierta sorna crítica – como la era de la “Pushbutton Psychiatry”, la era de la psiquiatría de apretar el botón.

3. PSIQUIATRÍA, ELECTROTERAPIA Y NERVIOS EN GALICIA (1888-1938)

3.1. La electroterapia en el Manicomio de Conxo (Santiago de Compostela - A Coruña)

Galicia es una región del noroeste de España que sufre una tardía medicalización/institucionalización de la locura, y no será hasta finales del siglo XIX cuando se hará claramente presente. Está representada por la apertura en 1885 del llamado Manicomio Central de Galicia, situado en el antiguo monasterio de Conxo, un municipio colindante con el de Santiago de Compostela (A Coruña), lugar éste de las famosas peregrinaciones jacobeanas. Será durante varias décadas el único manicomio abierto en Galicia, y funcionó como un establecimiento privado inicialmente benéfico y luego ya con una orientación más claramente mercantilista (explotado por la Iglesia y la Banca compostelana) que concertaba las estancias de los enfermos (dementes-alienados-locos) con las Diputaciones gallegas (Simón, 2005).

En un espacio asilar de fines del XIX y primeros años del XX, no podía faltar una instalación de electroterapia, y el Manicomio de Conxo, el manicomio central de Galicia, por supuesto que ofertó esa terapéutica, y lo publicitó a través de tarjetas postales y anuncios en prensa médica y general.

Las fotografías o postales promocionales del establecimiento manicomial se editaron en torno a 1910 por la fototipia Thomas, una de las más prestigiosas del país. En una de ellas se mostraba una foto de un flamante Gabinete de

Electroterapia, en una sala situada en el ala de una importante ampliación del hospital que había comenzado a funcionar desde otoño de 1902.

Su primer director fue Timoteo Sánchez Freire (1838-1912), el cual se jubila en 1905. Parece que Vicente Goyanes Cedrón pudo haber dirigido Conxo desde la jubilación y hasta el fallecimiento de Sánchez Freire (Franco, 2014). En 1912 Goyanes renuncia a la dirección para tomar posesión de una cátedra. Entrará en ese momento en la dirección de Conxo el Dr. Juan Barcia Caballero (1852-1926), quien también ya trabajaba en Conxo desde su apertura (Simón, 2005).

Cabe pensar que ya se estuviese utilizando en el Manicomio desde al menos 1888, ya que en ese año encontramos anuncios de Gabinetes de electroterapia ya funcionando y publicitándose en Galicia. En el Reglamento de funcionamiento del manicomio de Conxo de 1891 (aprobado en 1889) no hay ninguna referencia a la electroterapia.

Para analizar el uso de la electroterapia en el tratamiento de los enfermos internados en Conxo, consultamos los historiales clínicos y libros de altas y defunciones que se conservan de los enfermos ingresados en dicho centro desde el año 1885 hasta 1930. Dichos historiales se custodian en el Archivo Central de Galicia (en la Cidade da Cultura, Santiago de Compostela) y están accesibles a los investigadores desde el 2012. En el conjunto de documentación consultada hay muchos casos de diagnósticos de idiocia, demencia, delirio crónico, locura epiléptica, manía, melancolía, locura circular, locura puerperal...

Sin embargo, en ninguno de los historiales consultados encontramos referencias en los historiales clínicos acerca del uso de la electroterapia, aunque sí de otros tratamientos como hidroterapias (ya investigado en Bustos et al, 2013), bromuros, opio, sangrado, psicoterapia, absceso de fijación, marioterapia, uso de sulfosín...

El Manicomio de Conxo continuará informando de sus instalaciones de tratamientos con electroterapia a lo largo del primer tercio del siglo XX y lo hará hasta los años de la Guerra Civil. Así, los diferentes directores en esos años dieron testimonio a través de diferentes reportajes sobre el Manicomio

de las instalaciones del centro, y fueron publicados en prensa general y médica. Durante la etapa de Juan Barcia Caballero en La Mañana (1918) y en España Médica en 1920; o La Correspondencia de España en 1922.

Las instalaciones eran mostradas a médicos y autoridades visitantes. A modo de ejemplo:

“El doctor cubano Sr. Ortiz Cano, que ha traído el saludo de Centro Gallego de La Habana, ha visitado el manicomio de Conxo, haciendo grandes elogios del monumental edificio y de las soberbias instalaciones de ortoterapia y electroterapia, así como del tratamiento que se da a los enfermos. Luego visitó el parque, que rodea una fuerte muralla en una longitud de cinco kilómetros, perteneciente al antiguo convento convertido hoy en manicomio” (La Correspondencia de España. 19/10/1922).

Otro importante espaldarazo publicitario del manicomio de Conxo ante la comunidad médica galaica del momento fue la visita que se realiza al mismo durante la celebración de las Primeras Jornadas Médicas Gallegas del verano de 1929 en A Coruña. Además de otras actividades sociales del ese congreso destaca la visita a Santiago de Compostela, en donde se visita la Catedral, Ayuntamiento, actos en el nuevo edificio de la Facultad de Medicina y también se hace una visita al manicomio de Conxo. En el libro de Actas de dichas Jornadas se relata cómo son recibidos los Sres. congresistas por el psiquiatra Francisco Bacariza Varela, director de Conxo, y cómo fueron admirados “los señoriales jardines, la escalinata, los pabellones y las dependencias del suntuoso manicomio”.

En 1930 en los años de dirección de Francisco Bacariza, hay un extenso reportaje/crónica de Luis N. de Castro en el periódico madrileño *La Libertad*:

“Entre sus dependencias cuenta con una farmacia en la que se hacen las fórmulas que prescriben los médicos, provista según las exigencias de la farmacología moderna; sección de baños; gabinete hidroterápico con cuantos aparatos pueden ser de utilidad; laboratorio de análisis clínicos; gabinete eléctrico, con instalación completa de electroterapia para aplicaciones franklinicas, con sus variedades de baño, duchas eléctricas, efluvio y descarga, corrientes galvánicas, farádicas combinadas, electrólisis y cataforesis, cuyo conjunto es lo más necesario para el moderno tratamiento de las psicopatías”.

Señalar que este reportaje está realizado en un momento en el que había un deterioro asistencial notable por la elevada población acogida en el manicomio y la escasez de facultativos. Las espantosas condiciones fueron denunciadas en Febrero de 1930, en un informe que los psiquiatras Baldomero Lois Asorey y José López Pérez-Villamil presentan a la Junta de Gobierno del Manicomio, y en el cual se describían algunas situaciones penosas: “*actualmente corresponden 1000 pacientes a cada médico [...] no hay ni un solo baño de agua caliente en Manicomio con 250 sucios*” (Simón, 2005).

Esta situación provocará la marcha de Bacariza del centro, pasando a ser el director Vicente Goyanes Cedrón hasta 1931 que con la llegada de la Segunda República se hace cargo de la dirección del centro el psiquiatra Ramón Rodríguez Somoza, quien será director del centro hasta los años 70.

Otro de los neuropsiquiatras que se marcha de Conxo en los años de la Segunda República por desavenencias con la dirección y por la situación de deterioro asistencial fue el Baldomero Lois Asorey. Este médico compostelano tras su salida de Conxo abrirá el “Sanatorio Neuropático del Dr. Lois Asorey”, situado en el antiguo Sanatorio de Bacariza, fallecido éste en enero de 1934 en un accidente de coche (Simón, 2005). Aunque luego se trasladará a otra sede, situada en otro barrio de la ciudad, lo cierto es que desde el primer momento incluía ya los tratamientos electroterápicos entre su oferta terapéutica asistencial, tal y como anunciaba en el periódico madrileño *El Sol* en el verano de 1934...

Una de las últimas referencias que hemos encontrado acerca de la electroterapia en el manicomio de Conxo está en un anuncio que el hospital inserta en la revista compostelana “*Medicina y Cirugía*” en 1938, en plena Guerra Civil española, y en donde se ofertaban “*Tratamientos modernos, Últimas instalaciones técnica, electroterapia, psicoterapia, asistencia individualizada, confort, calefacción, gran huerta y bosque*” (ver Simón, 2005).

3.2. La electroterapia en hospitales generales, consultorios, gabinetes médicos y casas de baños de Galicia

Los otros espacios de uso de la electroterapia en este período fue el que se

realizó en hospitales clínicos generales, gabinetes, consultorios privados y casas de baños que funcionaron en Galicia en ese período. Muchos de ellos, al igual que hizo el Manicomio de Conxo, publicitaron sus terapias en la prensa, o hicieron referencias a través de artículos científicos. Y es que la electricidad ocupó un lugar privilegiado en la publicidad médica de fines del siglo XIX e inicios del XX:

“Encarnada en imágenes de cuerpos y rostros vigorosos, en aparatos modernos, en relatos de ánimos restituidos y en novedosas rutinas higiénicas, anunció su éxito y aplaudió su modernidad. Como parte de la oferta de establecimientos termales, instituciones hospitalarias, baños públicos, institutos de mecanoterapia, clínicas particulares y casas comerciales que ofrecían productos terapéuticos, enseñó sus funciones y movilidad, pero por sobre todo, su vigencia para el tratamiento de enfermedades mentales y nerviosas” (Correa, 2014).

Para abordar este apartado realizamos una búsqueda en prensa local de Galicia usando el portal Galiciana y también en la Hemeroteca online de la Biblioteca Nacional.

La referencia más temprana a tratamientos con electroterapia en Galicia la encontramos en el año 1888 en la ciudad de A Coruña. Era el “Gabinete de Electroterapia” del Dr. Francisco Aznar, quien continuará con anuncios en prensa (en su Gabinete o vinculado a la Casa de Baños “La Primitiva” en A Coruña) durante casi una década, hasta 1897. Hemos encontrado referencias a un médico con ese nombre que era Inspector de Sanidad Municipal en A Coruña en 1921 y es muy posible que fuese el mismo médico. Otros gabinetes o consultas en la ciudad de A Coruña fueron el Gabinete Fisioterápico Médico Quirúrgico, situado en la calle Juana de Vega, 23., y que anunciaba en el periódico “El Regional, 11 de noviembre de 1902) con ofertas de tratamientos como:

“En electroterapia hay instalaciones completas con las corrientes ondulatorias y sinusoidales [...] de alta tensión y alta frecuencia de Dársonval y Tesla, triunfo contra el reumatismo, artritis, afecciones medulares y neuronales, estados neurasténicos y neuralgias [...] Máquinas de Artois, Carré y la moderna de Winchurt para baños, duchas, soplo y franklinización (sin necesidad de desnudarse el paciente), en la neurastenia, histerismo, clorosis, parálisis [...] Todos los gabinetes

están a cargo de especialistas de reconocida nombradía” (En texto de anuncio en *El Regional*, 11 de noviembre de 1902).

Es de destacar la novedosa y temprana oferta de electroterapia que ya se hace en las Casas de Baños gallegas. Es éste un período de máxima importancia en cuanto a afluencia de personas en busca de remedio o descanso, no sólo en los balnearios sino también en las Casas de Baños, donde se utilizaba el agua de mar y también aguas traídas de los establecimientos de aguas mine-romedicinales más reputados. En muchas de estas Casas de Baños se incluían entre sus tratamientos masajes, mecanoterapia y electroterapia, además de las aplicaciones de aguas de mar y dulce. Hubo Casas de Baños en todas las capitales gallegas, siendo las más famosas las de A Coruña.

La Casa de Baños La Primitiva en A Coruña fue una de las más importantes, y ya al menos desde 1888 ofertaba la electroterapia en su arsenal terapéutico, y en donde también trabajaba el médico Francisco Aznar citado.

La otra Casa de Baños de A Coruña se llamaba “La Salud”, y hemos encontrado datos de su oferta de electroterapia en el verano de 1911. Los médicos vinculados a ella eran facultativos de reconocido prestigio en la ciudad: Manuel Gradaille y Juan Pan.

En la capital, en Pontevedra ciudad, aparece en 1897 la oferta de electroterapia vinculada a un dispositivo asistencial que podemos calificar de inusual para esta oferta terapéutica. Nos referimos al Instituto de Vacunación Antirrábica de Pontevedra, regentado por el médico Ángel Cobián Areal (1854-1901). Este médico fue una importante figura de la sanidad de Pontevedra, muy comprometido con los problemas sanitarios y sociales de su tiempo (Franco, 2014, Simón y Rúa, 2015). Incorporó y aplicó las novedades y avances de su época: vacunación antirrábica, sueros antidiftéricos, rayos X... y también la electroterapia,... la cual la incorpora al Instituto Antirrábico a los pocos meses de la apertura de éste en marzo de 1897.

En la provincia de Lugo encontramos referencia en prensa a otro importante médico que también oferta la electroterapia en su consulta en 1899. Nos referimos al doctor Jesús Rodríguez López (1859-1917), quien fue un personaje muy conocido en el ambiente cultural y político de su ciudad, y sobre todo

debido a la publicación de su libro “Supersticiones de Galicia”, una de las obras más leídas de la etnomedicina gallega y que tuvo problemas con la Iglesia lucense por la publicación de la misma (González y Simón, 1994). Estamos de nuevo ante un médico atento a las novedades sanitarias, y así ya en 1885 viaja al Instituto Pasteur de París para conocer de primera mano el tratamiento contra la rabia. Divulgador en prensa de los tratamientos contra la rabia, la gripe y acerca las bondades de la hidroterapia, en 1893 será también uno de los galenos que realizan la primera operación con anestesia total con cloroformo en la provincia de Lugo. Fue directivo del Colegio Médico-Farmacéutico, representante por Lugo en las asambleas nacionales de Médicos Titulares, vocal de la Junta Provincial de Sanidad...

Los beneficios de la electroterapia en algunos los anuncios de la prensa de la época se apoyaban en muchas ocasiones en conclusiones emanadas de los eventos médico-científicos de la época. Así por ejemplo, el Congreso Internacional de París del año 1900, y que es utilizado en la publicidad de un consultorio madrileño que se anuncia en la prensa gallega de la época:

“En el último congreso de Medicina que se ha celebrado en París, que ha venido a poner de manifiesto los últimos progresos de la ciencia médica, se ha reconocido que los únicos medios de obtener la completa curación de la neurastenia gástrica y cerebral, vértigos, insomnio, parálisis agitante, neuralgias, histerismos y demás desequilibrios o debilidades del sistema nervioso, consisten en la aplicación de la electricidad por el auto-conductor D’Arsonwal, por el baño hidroeléctrico y por las corrientes sinusoidales, agentes de curación que se emplean en el Consultorio Médico Quirúrgico Internacional, establecido en Madrid, en la calle del Arenal, número 1, principal y Segundo” (anuncio “El lucense: diario católico de la tarde” Núm. 4718, 24 octubre 1900).

En Santiago, sede de la Facultad de Medicina de Galicia, hay que destacar la figura de Miguel Gil Casares. Sus campos de investigación se centraron en la tuberculosis y en la patología cardíaca, pero además fue el principal impulsor del gabinete de radiología en la Universidad compostelana, uno de los primeros de España. Al menos desde 1901 estaba al frente del gabinete de electroterapia en el Hospital Clínico (el Hospital Real de Santiago, actual sede del Parador de Santiago). El Dr. Gil Casares publica en ese año 1901 en

la “Revista Médica Gallega” un trabajo clínico en los que usa la electroterapia en parálisis espinal en niños; y en “España Médica” publica en 1916 un tratamiento con electroterapia en un caso de afonía histérica (Rego, 2015).

En Santiago de Compostela, aparte de lo ya referido en relación al Manicomio de Conxo y al Hospital Clínico, hay que destacar la presencia de otros gabinetes o establecimientos que ofertaban la electroterapia, muchas veces como un complemento a su cartera de servicios, con clara intención de atraer clientela, lo que también redundaba en la importancia que se le daba en aquel momento a la electroterapia. Nos referimos en concreto al Instituto Pedreira, dirigido por Ángel Pedreira Labadie y fundado en 1891. Este centro estaba dedicado fundamentalmente a vacunaciones y realización de análisis, radiografías, pero también atendían a partos, y al menos desde 1904 también afirmaba en su publicidad que disponía de unas “modernas y completas instalaciones electroterápicas” (Simón y Rúa, 2015). En una línea similar a la de Pedreira, pero de forma mucho más modesta, el Instituto Antirrábico de Leopoldo Salgués Álvarez-Losada en Santiago en 1925.

Otros consultorios gallegos fueron los de Abella (1891) y J. Lastres en Vigo (1905), Francisco Rionegro en Ourense (1913); Gutiérrez Moyano (1918) y Manuel Fraga Irure (1921) en A Coruña (1918), Rafael de la Vega Barrera en Lugo (1918), Manuel Rivas Barros (1925) en Santiago... sobre los que ahora no podemos detenernos o extendernos por motivos de espacio, pero todos ellos importantes profesionales de prestigio en sus localidades.

Señalar el interesante Consultorio Médico y Gabinete de Electroterapia que en 1914 estaba establecido en la villa de Ribadeo (Lugo), y regentado por los doctores Amando Pérez Martínez y Eliseo Martínez Alonso. En el anuncio que publican detallan toda su oferta electroterápica, y en ella indican que “las corrientes de alta frecuencia o de Arsonvalización” son “de gran eficacia en histerismo y neurastenia”.

A veces este arsenal electroterápico se combinaba con otras técnicas del campo de la intervención psicoterapéutica como el hipnotismo, y así hemos encontrado anuncios del médico coruñés José García Fernández, quien en sus anuncios de su “Gabinete Quirúrgico y electroterapia” en “El Eco de Galicia” en octubre de 1911, explicitaba que:

“En suma, todos los padecimientos pueden ser tratados en este SANATORIO puesto que no sólo tenemos el bisturí, la electroterapia, hidroterapia, lavado de cavidades, inyecciones intravenosas, aplicación del 606, etc... sino que podemos recurrir al hipnotismo y a la sugestión en casos puramente psíquicos”.

Asimismo hay referencias en prensa respecto a la intención de dotar o instalar electroterapia en algunos hospitales provinciales como el de Ourense (en 1913) o el nuevo hospital de Lugo en 1930, pero no hemos conseguido confirmar por el momento si eso se lleva cabo.

En relación al hospital provincial de Ourense, dependiente de la Beneficencia Provincial, y que en 1913 estaba situado en el Hospital de As Mercedes en el centro de la ciudad (Simón, 2005), según publica la prensa en verano de 1913 se iban a modernizar las instalaciones y se iba a estudiar cómo la electroterapia en sus diversas formas.

“La Comisión permanente de la Diputación (de Orense) ha comenzado a implantar ciertas reformas que afectan á la Beneficencia de esta provincia. Tienen por objeto tales reformas el mejoramiento, en lo posible, de tan importantísimos servicios y la necesidad de acabar con ciertos abusos que de antiguo se venían cometiendo [...] Se suprimirán las actuales celdas para alienados, por no reunir las condiciones debidas y ser inhumano recluir en ellas a seres tan dignos de consideración y lástima. Procurará mejorarse en lo posible los servicios del hospital, conforme á las indicaciones de los facultativos, y en aquello que se considere más conveniente y necesario. Estudiaráse el medio de aplicar la sueroterapia y la electroterapia en sus diversas formas...”. (La Correspondencia de España. 12/8/1913, n. ° 20.271, página 4).

Hay que señalar que sin embargo es muy posible que este tipo de tratamiento no alcanzase a ser aplicado a esos enfermos mentales que precisaban internamiento y que esperaban en “celdas para dementes” o “alienados” en los sótanos del Hospital provincial de Ourense a su ingreso en el Manicomio de Conxo. Por lo que sabemos este tipo de celdas existieron hasta los años 30 en muchos centros sanitarios y asilares de Galicia (ver Simón et al, 2015).

Hubo voces de prestigiosos neuropsiquiatras de la época como la del madrileño Gonzalo Rodríguez Lafora, que publica algún trabajo en el que

denunciaba que los tratamientos eléctricos y el hipnotismo eran tratamientos que “se prestaban a la farsa y a la explotación inmoral”. En un interesante y contundente trabajo publicado en “La España Médica” en marzo de 1918, y titulado “El médico general y la Neurología”, señalaba que “nadie que no sea un insensato dudará que la electricidad es un precioso factor de diagnóstico y terapéutica para el neurólogo” pero “el empleo rutinario de la electricidad” en estos casos de parálisis general o de demencia precoz ha originado el mito de la curación terapéutica y que ya iba siendo hora de comenzar “una campaña antielectroterápica”. En la misma línea se pronunciaba respecto al hipnotismo:

“Mas también aquí debemos limitar su empleo a las verdaderas indicaciones y no utilizarlo en casos en los cuales su ineficacia es conocida. Recientemente hemos visto dos paralíticos generales, uno en su segundo año y otro en su quinto mes de enfermedad, sometidos a procedimientos hipnóticos. ¡Como si se pretendiese su gestión a los spirochaetes!”(Rodríguez Lafora, 1918)

No sabemos si algo pudo haber tenido que ver la reflexión y denuncia de Rodríguez Lafora, pero lo cierto es que a partir de mediados de los años 20 hemos encontrado muchas menos referencias a tratamientos electroterápicos en la búsqueda realizada en prensa de la época. Señalar que también coincide con el momento del final de la época de la Restauración en España (1874 a 1923) y con el final de la Belle Epoque europea, que fueron momentos de máximo auge de la era de los balnearios (Bustos et al, 2013), así como la aparición de otras terapéuticas y concepciones del enfermar psíquico.

3.3. Cuadro resumen de fuentes/referencias hemerográficas acerca de Gabinetes de electroterapia, Casas de Baños con electroterapia en Galicia (desde 1888 a 1939) usando portal Galiciana, Hemeroteca Biblioteca Nacional y Archivos.

AÑO	LUGAR	MÉDICO	CENTRO	PERIÓDICO/Libro
1888	A Coruña	Francisco Aznar	“Gabinete de Electroterapia”	El Anunciador (A Coruña), 21/02/1888
1888	A Coruña	--	Casa de baños “La Primitiva”	El Regional, 10/07/1888
1890	A Coruña	Francisco Aznar	Gabinete de Electroterapia de Francisco Aznar	El Telegrama(A Coruña), 18/01/1890
1891	Vigo	Abella	Electroterapia Abella	Anuncio en “Los héroes de la Reconquista de Vigo”(1891) de Nicolás Taboada Leal
1896	Santiago	J. Cruz	Academia Médico Quirúrgica Compostelana	Artículo “De la electricidad estática”. Revista de la Academia MQ Compostelana, 15/01/1896
1897	A Coruña	Francisco Aznar	Casa de Baños La Primitiva	El Regional (Lugo), 10/10/1897 y El Eco de Galicia, 03/08/1897
1897	Pontevedra	Cobián Areal	Instituto de Vacunación Antirrábica	Gaceta de Galicia, 23/06/1897
1899	Santiago	--	Gabinete electroterapia Hospital Clínico	Boletín de Medicina y Cirugía de Santiago, octubre 1899
1899	Lugo	Jesús Rodríguez López	Consultorio Médico	El Regional (Lugo), 12/03/1899
1900	Madrid	--	Consultorio Médico Quirúrgico Internacional	El lucense, 24/10/1900
1901	Santiago	Miguel Gil Casares	Gabinete electroterapia Hospital Clínico	Revista Médica Gallega, 28/02/1901 y 30/05/1901

1902	A Coruña	--	Gabinete Fisioterápico Médico Quirúrgico (C/Juana de Vega, 23).	El Regional, 11/11/1902
1903	A Coruña	--	Gabinete electroterápico	El Regional, 10/01/1903
1904	Santiago	Ángel Pedreira Labadie	Instituto Pedreira	Gaceta de Galicia, 25/05/1904
1905	Vigo	J. Lastres	Policlínica Médico Quirúrgica y enfermedades secretas	El Noticiero de Vigo, 21/02/1905
1910?	Santiago	Juan Barcia Caballero	Sanatorio de Conjo (Manicomio de Conxo)	Libro "Block postales publicitarias Sanatorio de Conjo, Santiago de Galicia, fototipia Thompson, 1910 aprox.
1910	A Coruña	Dr. José García Fernández	Gabinete Quirúrgico y electroterapia del médico García Fernández	El Eco de Galicia, 31/08/1910
1911	A Coruña	Dr. José García Fernández	Gabinete Quirúrgico y electroterapia del médico García Fernández. Hipnotismo.	El Eco de Galicia, 04/11/1911
1911	A Coruña	Manuel Gradaille y Juan Pan	Casa de Baños La Salud	La Voz de la Verdad, 09/08/1911 y El Eco de Galicia, 05/08/1911
1913	Ourense	--	Hospital Provincial As Mercedes	La Correspondencia de España. 12/8/1913
1913	Ourense	Francisco José Rionegro	Consulta Dr. Rionegro	<i>El Liberal</i> , 29 octubre 1913
1914	Ribadeo (Lugo)	Amando Pérez Martínez y Eliseo Martínez	Consultorio Médico y Gabinete de electroterapia	<i>Mondoñedo, periódico bise-manal</i> (Lugo), nº643, 17/03/1914.
1916	Santiago	Miguel Gil Casares	Consulta de Miguel Gil Casares	<i>España Médica</i> , 20 agosto 1916.

1918	Lugo	Dr. Vega (Rafael de la Vega Barrera?)	Sanatorio Vega	El Regional (Lugo), 19/08/1918
1918	Santiago	Juan Barcia Caballero	Manicomio de Conxo	La Mañana, 28/10/1918
1918	A Coruña	Dr. A. Gutierrez Moyano	Consultorio Gutierrez Moyano	El Regional (Lugo), 19/08/1918
1920	Santiago	Juan Barcia Caballero	Manicomio de Conxo	España médica (Madrid), 10/10/1920, página 8
1921	A Coruña	Manuel Fraga Irure	Consulta privada. "Electricidad médica"	Acción Coruñesa, 19/12/1921, página 3
1922	Santiago	Juan Barcia Caballero?	Manicomio de Conxo	La Correspondencia de España, 19/10/1922, n.º 23.422, página 2
1924	Vigo	--	Instituto electroterápico	El Pueblo Gallego, 08/03/1924
1925	Santiago	Leopoldo Salgués Álvarez-Losada	Instituto Antirrábico	<i>El Compostelano: diario independiente</i> : Núm. 1512 (27/03/1925)
1925	Santiago	Manuel Rivas Barros	Gabinete Médico Electroterapia	<i>El Compostelano: diario independiente</i> : Núm. 2006 (03/01/1925)
1930	Lugo	--	Nuevo Hospital Provincial	<i>El Compostelano: diario independiente</i> : Núm. 3083 (30/06/1930)
1930	Santiago	Francisco Bacariza	Manicomio de Conxo	<i>La libertad</i> (Madrid), 30 de enero de 1930.
1934	Santiago	Baldomero Lois Asorey	Sanatorio Neuropático (Santiago)	<i>El Sol</i> (Madrid. 1917). 22 de julio de 1934, página 11.
1938	Santiago	Ramón Rodríguez Somoza	Manicomio de Conxo	Revista <i>Medicina y Cirugía</i> , 1938, núm.2.

4. CONCLUSIONES

Al igual que en muchos países europeos de esa época, la electroterapia fue publicitada en su momento como una gran innovación terapéutica en la Galicia de esos años, y fue utilizada en el tratamiento de las enfermedades mentales y nerviosas en Galicia en ese período. Hubo gabinetes de Electroterapia tanto en el Hospital Psiquiátrico central de la región (Manicomio de Conxo, Santiago de Compostela, que se inaugura en 1885) como en algunos hospitales generales y en sanatorios psiquiátricos privados que comienzan a tener gabinetes o departamentos de electroterapia en las primeras décadas del siglo XX.

Asimismo se ofertaba electroterapia tanto en gabinetes médicos privados como en establecimientos balnearios y centros hidroterápicos que van apareciendo desde finales del XIX y dedicados a tratamiento de enfermedades “nerviosas” (neurológicas, neurosis, neurastenias, histeria...) entre otras afecciones. Esta oferta terapéutica alcanza desde por lo menos 1888 hasta al menos 1938 (ya tras la Guerra Civil española).

FUENTES Y BIBLIOGRAFÍA

Fuentes:

- Arquivo de Galicia - Santiago de Compostela.
 Archivo Clínico del Manicomio de Conxo (1885-1930).
 Fondo Archivo clínico hospital psiquiátrico de Conxo: Expedientes
 Clínicos de pacientes. Caja G5812-5816.
- Hemeroteca digital de Biblioteca de Galicia.
 <http://www.galiciana.bibliotecadegalicia.xunta.es/GalicianaDixital>
- Hemeroteca Digital. Biblioteca Nacional
 <http://hemerotecadigital.bne.es/index.vm>

Bibliografía:

- BEVERIDGE, AW et al (1988). "Electricity: a history of its use in the treatment of mental illness in Britain during the second half of the 19th century". *BJP*. 153, (1988) 157-162.
- BLONDEL, C. "La reconnaissance de l'électricité médicale et ses "machines à guérir" par les scientifiques français (1880-1930)". *Annales Historiques de L'Électricité*. 8 (2010): 37-51.
- BRENNI P. Les courants à haute-fréquence aprivoisés a travers la darsonvalisation et les spectacles publics (1890-1930). *Annales historiques de l'électricité*, 2010, 8, 53-71.
- BUSTOS CARDONA T, SIMON LORDA D, ESTÉVEZ GIL X, MUÑOZ CM. "Sobre "baños tibios prolongados", balnearios y locura en Galicia (finales del siglo XIX y primeros años del siglo XX)". En: SIMON D, GÓMEZ C, CIBEIRA A, VILLASANTE O. (Eds.), *Razón, locura y sociedad. Una mirada a la historia desde el siglo XXI*, Bilbao: Editorial AEN, 2013, págs. 375-388.
- CORREA GÓMEZ, MJ. "Electricidad, alienismo y modernidad: The Sanden Electric Company y el cuerpo nervioso en Santiago de Chile, 1900-1910". *Nuevo Mundo Mundos Nuevos* [En línea], Coloquios, Puesto en línea el 09 junio 2014, consultado el 06 marzo 2016. URL: <http://nuevomundo.revues.org/66910>; DOI: 10.4000/nuevomundo.66910
- ESTÉVEZ GIL X, SIMÓN LORDA D, BUSTOS CARDONA T. *Tras la pista de Daniel Urrabieta Vierge (de Compostela y Conxo a la Salpêtrière pasando por el Quijote)*. En: SIMON, D., GÓMEZ, C., CIBEIRA, A., VILLASANTE, O. (Eds.), *Razón, locura y sociedad. Una mirada a la historia desde el siglo XXI*, Bilbao: Editorial AEN, 2013. Pp.451-464.
- FRANCO GRANDE, A. *La medicina compostelana (1847-1950): Retazos históricos*, Santiago de Compostela: Andavira editora, 2014.
- GILMAN, SL. "Electrotherapy and mental illness: then and now". *History of Psychiatry*. (2008) 339-357.

- GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, E. *A Siquiatría galega e Conxo*, Madrid: Ed. Do Ruego, 1977.
- GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, E; SIMÓN LORDA, D. "Etnopsiquiatría galega. Un apunte histórico". En AA.VV: "Cultura e Saúde Mental". *Serie Reforma Psiquiátrica* N°11. Santiago: Xunta de Galicia, 1994. p.15- 28.
- GUILLEMINOT H. *Electricidad médica*. (2ª ed, traducida). Barcelona: Editorial Antonio Virgili.1910. p.403-416.
- KNEELAND TW, WARREN, CAB. *Pushbutton Psychiatry: A History of Electroshock in America*. Connecticut: Greenwood Publishing, 2002.
- KOWARSCHIK J. *La diatermia*. Valencia: Gran Librería Médica F. García Muñoz, 1931. (Trad. 7ª edición alemana y Prólogo por P. Laín Entralgo).
- MONTERROSO, JM. "Casas de baños de Riazor na Coruña de antaño: La Primitiva". *Anuario brigantino*, 1992, 15, 141-148 http://anuariobrigantino.betanzos.net/Ab1992PDF/1992%20141_148.pdf
- PONTE HERNANDO FJ, REGO LIJÓ I. *La locura y el bisturí. I Centenario de don Timoteo Sánchez Freire (1838-1912)*. Santiago: Seminario Mayor Compostelano y Universidade de Santiago de Compostela, 2012.
- REGO LIJÓ I. *Dr. Miguel Gil Casares (1871-1931). Obra Médica y Doctrina Tisiológica*. A Coruña: Universidade da Coruña, 2015. Tesis doctoral.
- SHORTER E. *Historia de la psiquiatría: Desde la época del manicomio a la era de la fluoxetina*. Barcelona: J&C Ediciones Médicas, 1999.
- SIMON LORDA, D. *Locura, Medicina, Sociedad: Ourense (1875-1975)*". Ourense: Xunta de Galicia, 2005.
- SIMÓN LORDA D, BUSTOS CARDONA T, ESTÉVEZ GIL X. "Interín no pasen al manicomio...". *Locura y reclusión en Galicia-España (finales siglo XIX y primeros años siglo XX)*. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2015; 35 (125), 93-110. doi: 10.4321/S0211-57352015000100007
- SIMÓN LORDA D; RÚA DOMÍNGUEZ ML. *Viruela, vacunas y sociedad. Ourense: 1805-1929*. Ourense: Diputación Provincial de Ourense, 2015.

STEINBERG, H. *Electrotherapy disputes: the 'Frankfurt Council' of 1891*. *Brain*. 134 (2011), 1229-1243.

VALLEJO, MS. Buenos Aires mesmérica. Hipnosis y magnetismo en la cultura y la ciencia de la capital argentina (1870-1900). *Iberoamericana*. XIV, 56 (2014),7-26.



Dibujo de Daniel Urrabieta Vierge «Service d'électrothérapie à la Salpêtrière» (47 x 62.5 cm, tinta y aguada / papel; fondos del Museo de Dibujo Julio Gavín "Castillo de Larrés"- Huesca) (reproducción para este trabajo con permiso del Museo <http://www.serrablo.org/museodibujo>) .Fue también una ilustración en blanco y negro en *Le Monde illustré*, 14 agosto de 1887. "Service d'électrothérapie à la Salpêtrière. Bain électrique. Électrisation localisée ».



Sala de Electroterapia en Conxo

SALA ELECTROTERAPIA MANICOMIO CONXO, hacia 1907 o 1910. Postal publicitaria (Fototipia Thomas, Barcelona, hacia 1907 o 1910).

4 **El Regional**

Gabinete Fisioterápico Médico-Quirúrgico

EN LA CORUÑA: JUANA DE VEGO, 23

Este Centro, ubicado en el callejón de San Roque, y de Manzanera, de las Escuelas, y de los Baños, ofrece a los señores de la clase médica y a la noble profesión de médicos y farmacéuticos, un completo gabinete de electroterapia, para el estudio y la práctica de los métodos de electroterapia, que se aplican en el tratamiento de las enfermedades de la vida humana. Este gabinete está dotado de los aparatos más modernos, que se emplean en el estudio y la práctica de los métodos de electroterapia, que se aplican en el tratamiento de las enfermedades de la vida humana. Este gabinete está dotado de los aparatos más modernos, que se emplean en el estudio y la práctica de los métodos de electroterapia, que se aplican en el tratamiento de las enfermedades de la vida humana.

En este gabinete se emplean los aparatos más modernos, que se emplean en el estudio y la práctica de los métodos de electroterapia, que se aplican en el tratamiento de las enfermedades de la vida humana. Este gabinete está dotado de los aparatos más modernos, que se emplean en el estudio y la práctica de los métodos de electroterapia, que se aplican en el tratamiento de las enfermedades de la vida humana.

Este gabinete está dotado de los aparatos más modernos, que se emplean en el estudio y la práctica de los métodos de electroterapia, que se aplican en el tratamiento de las enfermedades de la vida humana. Este gabinete está dotado de los aparatos más modernos, que se emplean en el estudio y la práctica de los métodos de electroterapia, que se aplican en el tratamiento de las enfermedades de la vida humana.

Anuncio Casa de Baños “La salud” en A Coruña. Ofertaba electroterapia en sus tratamientos. El Eco de Galicia: diario católico e independiente, Núm. 1520, 05/08/1911

“La Salud”

CASA DE BAÑOS

Rubine 22, (Riazor)—LA CORUÑA

Propietario D. Ramón Dorrego

Es la mejor casa de baños instalada en España

Lo prueba el diploma de honor obtenido en el Concurso Nacional. Dos médicos de reconocidísimo prestigio prestan servicios gratuitamente á los clientes de la casa.

En ésta no falta ninguno de los más modernos adelantos que se emplean en todos los casos que la ciencia prescribe á los enfermos el tratamiento hidroterápico, ni ninguna de las comodidades que puede apetecer el más exigente turista.

En amplias habitaciones bañadas de luz solar con excelentes condiciones higiénicas, independientes entre sí y clasificadas en primera y segunda, hay 60 pilas de mármol destinadas á agua de mar y dulce á la temperatura deseada misero termale de Lugo, Carballo, Cerdos, La Toja (con sus sales naturales), Artolje, Caldas de Reyes, Archena, Molgas, Ledesma, Puente-Viego, etc., etc.; baños medicamentosos de algas, sublimado, gelatinoso, salvado, alcalino, almídén, broa, ácido carbónico (utilísimo en las enfermedades del corazón), etc., etc.

Especialidad en la preparación de baños artificiales, al frente de cuyo servicio se encuentra el competente farmacéutico D. Julio Merlillo.

En el departamento de duchas se administran éstas de agua de mar ó dulce, fría ó caliente, escocesa, circular, alternada, de vapor, trémulada y misero termale según las indicaciones y los casos.

Las instalaciones de electroterapia, massage, pulverizaciones é inhalaciones se encuentran en departamentos independientes.

Peseo esta casa una espaciosa, limpia y segura playa para los baños de oleaje con elegantes y cómodas casetas. Desde la preciosa terraza que domina un pasorama encantador se divisa las frecuentes salidas y entradas de los poderosos trasatlánticos, y á la par que se dicha torre centro de animadas tertulias, es punto de vista insuperable para contemplar al desfile de bañistas y paseantes de la Concha de Riazor. Al servicio del Bañerío existe un personal escogido de bañeros y bañeras, garantía de seguridad de los usuarios.

Es LA SALUD la casa de baños más concurrida de la población, y sin disputa la más preferida por las innumerables familias que á esta ciudad afluyen huyendo de los calores estivales del centro de España.

Anuncio Casa de Baños “La salud” en A Coruña. Ofertaba electroterapia en sus tratamientos. El Eco de Galicia: diario católico e independiente, Núm. 1520, 05/08/1911

**Consultorio médico y
Gabinete de electroterapia**

de *Amando Piraz*
Martinez y Gijón
Martinez Alonso

Calle de Julia Escartagal
(Corredera de la Catedral)

RIBADEO

Servicios del Consultorio

Toda la consultoría y clínicas y cirugía general, medicina interna, pediatría y medicina de laboratorio para las enfermedades agudas y crónicas.

Servicios del Gabinete de Electroterapia

PIVOS X

Magneto-inducción con pila de células secundarias y autotransformador en transformador modificado de segundo orden.

Estimulación electroterápica, de alta intensidad en el caso de las lesiones, con electrodos, electrodos plateados, aluminio, aluminio oxidado, etc.

Galvanización, faradización, caustica, ionización medicamentosa y electrolisis

Aplicación de las corrientes eléctricas para el tratamiento de las enfermedades de las articulaciones, de los músculos, de los nervios, de la piel, de los ojos, de los oídos, de las vías respiratorias, de la vejiga, de la próstata, etc.

Tratamiento de las enfermedades de la piel

En el gabinete de electroterapia, se encuentran los aparatos para el tratamiento de las enfermedades de la piel, de los ojos, de los oídos, de las vías respiratorias, de la vejiga, de la próstata, etc.

Diatermia ó Termopeneración

Procedimiento moderno y de resultados seguros para el tratamiento de las enfermedades de la piel, de los ojos, de los oídos, de las vías respiratorias, de la vejiga, de la próstata, etc.

MASAJE

Tratamiento de las enfermedades de la piel, de los ojos, de los oídos, de las vías respiratorias, de la vejiga, de la próstata, etc.

Duchas de aire frío y caliente

Tratamiento de las enfermedades de la piel, de los ojos, de los oídos, de las vías respiratorias, de la vejiga, de la próstata, etc.

Tratamiento de las enfermedades de la piel, de los ojos, de los oídos, de las vías respiratorias, de la vejiga, de la próstata, etc.

de 11 a 12 y de 2 a 4

Anuncio de Gabinete de electroterapia en Ribadeo (Lugo). Mondoñedo, periódico bisemanal (Lugo), nº643, 17/03/1914.

Acumulación en el hogar: síntoma, significativa y modo de proceder

Home accumulation: symptom, significant and how to proceed

Luis Rodríguez Carmona Trabajador Social
Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de Piñor (CHOU). Ourense.

Correspondencia: luis.rodriguez.carmona@sergas.es

RESUMEN

En ocasiones algunos pacientes que ingresan en las unidades de un hospital de rehabilitación psiquiátrica tienen motivado su internamiento porque la deriva de su trastorno psíquico se extiende también a los límites de su propia casa repercutiendo gravemente en su calidad de vida. Este artículo nace de una curiosidad incurable la cual intenta comprender a través de las visitas a los distintos hogares, las causas y las consecuencias que desencadenan el comportamiento que desorganiza el medio en que él se protege el paciente. Es un trabajo comunitario hecho en un periodo de diez años con la intención de conocer los porqués de esa deriva y la relación que algunos humanos establecen con los objetos, trasladando el relato del paciente al contexto de su medio a través de la visión subjetiva del observador.

Es frecuente que toda acumulación que resulte perjudicial para el ciudadano sea etiquetada como un síndrome de Diógenes. El trabajo demuestra que los casos estudiados no tienen nada que ver con la mala referencia que se hace y que se etiqueta de lo que teorizaba y demostraba el filósofo. El estudio pretende a su vez teorizar sobre una experiencia eminentemente práctica que sirva para que otros profesionales puedan hacer uso de ella.

Es una información recogida en la casa, que aportará información relevante con la participación activa del paciente y con un propósito; que un lugar inhóspito o peligroso pueda ser nuevamente un espacio habitable.

SUMMARY

On certain occasions some patients who are admitted to the psychiatric rehabilitation unit of a hospital have a motivated admittance because their psychic disorder drift also extends to the limits of their own house with serious consequences on their quality of life. This article arises from an incurable curiosity which tries to understand by visiting the different homes the reasons and consequences which unleash the behaviour that disorganizes the environment where the patient protects himself. It is a community service carried out in a span of ten years with the intention of knowing the reasons for that drift and the relationship that some humans establish with the objects, moving the patients account to the context of his environment through the observer's subjective view.

Often, any accumulation which is harmful to the citizen is labelled as Diogenes syndrome. The study proves that considered cases have nothing to do with the poor reference labelled and made of what the philosopher theorized about and proved. The study also tries to theorize on a clearly practical experience which other professionals can make use of. It is information collected at home which will provide relevant information with the active participation of the patient and one aim: To make a dangerous or inhospitable place a habitable space again.

Palabras clave

Patología-Acúmulo Domiciliario-Trabajo Social- Proyecto Psico-Social.

Pathology-Accumulation Domiciliario-Social Work-Psychosocial Project.

1 - INTRODUCCIÓN.

2. - NATURALEZA DEL PROBLEMA Y SU RELACIÓN CON SALUD MENTAL

- 2.1. - El hogar contaminado por la clínica.
- 2.2. - Su calificación como Síndrome de Diógenes.
- 2.3. - Cuando la acumulación es una patología.

3. - ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN: METODOLOGÍA EMPLEADA

- 3.1. - La población objeto de estudio.
- 3.2. - Información cuantitativa del estudio.
- 3.3. - Datos del impacto cuantitativo.
- 3.4. - Información cualitativa del estudio: el interés por la palabra y el tiempo subjetivo. Presentación de casos.

4. - LA INTERVENCIÓN DEL PROFESIONAL Y LA ALIANZA TERAPÉUTICA

- 4.1. - En el ingreso hospitalario.
- 4.2. - En el ámbito comunitario.

5. - VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LA SITUACIÓN: MODO DE PROCEDER

- 5.1. - Entrevista pactada-Observación participante.
- 5.2. - Diagnóstico y planificación social.
- 5.3. - Proyecto comunitario e intervención psicosocial.
- 5.4. - Programa de evaluación y de seguimiento.

6. - LA INTERVENCIÓN DOMICILIARIA: CLAVES PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTUACIONES

7. - DISCUSIÓN

8. - BIBLIOGRAFÍA

1. - INTRODUCCIÓN

Este trabajo se realiza fuera del despacho institucional, intentando conocer el sujeto en el medio que le es natural, su hogar. El artículo pretende acercar una visión no estandarizada, sino que fije aspectos a tener en cuenta para futuras intervenciones profesionales.

Es necesario iniciar el trabajo desde el conocimiento de la causa, comprobar

el nivel de deterioro, desde su compás organizativo, y vislumbrar su situación caótica a través de algunos parámetros domiciliarios. Abordar cuestiones tan elementales como su capacidad de auto-gestión personal garantizando su dignidad y seguridad, en su hogar. Resulta imprescindible que en todas las fases de intervención se ponga en marcha la colaboración del sujeto en “tela de juicio”.

Las fases de diagnóstico social, planificación y la ejecución del proyecto, tienen intención de valorar y de evaluar el impacto subjetivo producido en el enfermo tras su participación en el nuevo proyecto vital.

Se intenta un objetivo final: evitar que el deterioro que lo llevó a esa situación no se repita, no siendo esto siempre fácil.

No hay mucha literatura sobre el acaparamiento en gente joven o de mediana edad, sí lo hay en cambio sobre diagnosticados con síndrome de Diógenes, que afecta a personas de edad avanzada y con características distintas a la muestra estudiada en este artículo. Los ciudadanos de este trabajo tienen menos de 70 años, y dada sus singularidades no guardan demasiada relación con las propias de una persona diagnosticada de Síndrome de Diógenes.

Es entonces necesario ser más preciso a la hora de diagnosticarlos bajo este epígrafe, no sólo por las diferencias que acontecen sino también por la respuesta profesional que esto implica.

Que no exista mucha literatura al respecto no es porque no se produzcan casos lo suficientemente graves para poder ser analizados y discutidos desde aspectos clínicos, sociológicos o desde el ámbito jurídico, simplemente que no son lo suficientemente estudiados para profundizar en ellos.

Cada casa tiene unas características únicas, identidades repletas de historias que dejan huella de la misma; cada hogar condensa los sedimentos de las experiencias de vida, y se distinguen por la esencia de cada morador y las circunstancias que en cada momento rodearon su vida.

El trabajo intenta estudiar y analizar a través de las visitas con el sujeto en su medio el por qué se produce esa metamorfosis en el individuo tal y como se refleja en su casa. Sólo intentando entender cómo y por qué mo-

dificó su estilo de vida con una desorganización singular, podremos entender y limitar a veces dicho síntoma.

Cada intervención profesional en un hogar es distinta, porque los sujetos también lo son. Se presentan distintas biografías, situaciones clínicas o eventos sociales singulares por lo que el resultado del acúmulo observado es también único.

Se puede establecer un protocolo de intervención institucional con una base de actuación común, destinado a proteger aspectos básicos o personales pero siempre con la imprescindible flexibilidad a la hora de: analizar, planificar o ejecutar un proyecto para cada situación en particular. No se puede, ni debe mecanizarse nuestro proceder profesional, como si se tratara de situaciones generalizables.

La información observada y recogida documentalmente es complementada con el saber del clínico y la acción social del trabajador social.

Es un artículo que invita a que otros profesionales de la salud, del ámbito social o de la instancia judicial reflexionen si las intervenciones derivadas de un cambio en el estilo de vida de alguien, es siempre bien analizada, comprendida, tratada y con una intervención social acertada con la profundidad que requiere cada situación.

Se considera el trabajo de campo como fundamental para el diagnóstico clínico y social. Acompañar al sujeto a su hogar y observar el resultado de su desorganización en la máxima extensión del término, ayudará a mejorar su vida.

No hay que incidir demasiado en que la formación del profesional y su experiencia vital tienen su especial importancia.

La acumulación cuando se nos presenta nos supera siempre, esta tiene su comienzo y su recorrido, condensado a través de las distintas señales que diseña el acúmulo en el perímetro de la casa.

En estas situaciones aparentemente irracionales, donde las casas se convierten en un lugar solo habitable por ellos, la decisión de intervenir

profesionalmente ofrece en muchas ocasiones el rechazo del profesional (olores, suciedad, peligros, temores...). Una vez pasado el umbral, surge el caos. El efecto impacta y empuja al observador hacia su retaguardia; a veces ni siquiera esto se produce, uno advierte lo que se va a encontrar y evita el encuentro: ojos que no ven. Así surge el proceder... desde la distancia, con el relato de fuentes ajenas como válido para hacerse una idea e intervenir sobre ello.

Es comprensible que a veces la degradación, el hacinamiento o la putrefacción activen en uno ciertas respuestas defensivas.

La primera es el asombro, a continuación la repetición de las mismas frases que se hacen eco sin una devolución de respuestas, y finalmente una superación que empuja en ocasiones a uno a huir, no sólo de la casa, sino también del ciudadano.

En definitiva es un trabajo impactante por lo relatado y por lo complejo de las situaciones que es condensado en la experiencia de los años del trabajo. Es el resultado del síntoma desencadenado en un tiempo subjetivo pasado, que sintomatiza en un presente continuo, y que compromete seriamente el futuro del afectado.

Los 25 casos de la muestra son intervenciones en primera persona, no son derivados de experiencias de otros profesionales, o recogidos a través de encuestas en otros servicios institucionales. Son situaciones que se dan a conocer tras diez años de trabajo, primero en el Hospital Psiquiátrico de Toén, que tras su cierre tuvo su continuidad profesional, en las U.H.R. Psiquiátrica del Hospital de Piñor en Ourense.

2. - NATURALEZA DEL PROBLEMA Y SU RELACIÓN CON SALUD MENTAL

Asociado a múltiples diagnósticos: ansiedad, depresión, psicosis, neurosis obsesiva, esquizofrenia, compradores compulsivos, o con un Síndrome de Diógenes entre otros. La literatura recoge algunos factores que lo desencadenan y suelen relacionarlo con la historia familiar: crecer en el desorden, sufrir de privaciones, satisfacerse a través de una compra en oferta o deri-

vado de situaciones estresantes como sufrir la pérdida de un ser querido entre otras.

Mi experiencia personal es que para cada caso este tiene sus propios motivos y en todos ellos el delirio siempre está de por medio.

Decir que algunos científicos vinculan la patología a una anormalidad de la serotonina lo que lleva a que algunos clínicos creen que administrando antidepresivos se soluciona el problema. El DSM V deja de catalogarlo como un sub-tipo del TOC contemplándolo como un trastorno independiente. Como se ve hay para todo, expertos que lo asocian con un problema en el lóbulo frontal, a causas genéticas o a estresores ambientales.

Las terapias más utilizadas son las conductivo-conductuales las cuales pretenden incidir en el pensamiento, por lo tanto en la conducta del acaparador, con todo algunos profesionales consideran que es una situación incurable.

La experiencia de trabajadores sociales americanos con experiencia en esta patología argumentan que se requiere de diferentes enfoques profesionales para intervenir de forma apropiada. Lo que parece evidente es que sin un soporte profesional que garantice una ayuda que permita sostener un orden razonable en la vida de estas personas, el síntoma entendido como repetición, volverá a colonizar su vida casi que con total seguridad.

2.1. - El hogar contaminado por la clínica

La acumulación compulsiva es la tendencia a la acumulación de artículos u objetos de una manera excesiva. Las estadísticas dicen que abarca en un 2-5% de la población adulta mundial, sin variaciones en cuanto al género (www.sanar.org/salud-mental/). Suele limitar la movilidad del individuo en la casa, y la mayoría de las veces interfiere en las actividades comunes de la vida diaria (cocinar, limpiar, dormir o utilizar las instalaciones sanitarias).

Dicho síntoma acaba transformando la casa en un lugar inseguro, insano y caótico. No es infrecuente que acontezcan situaciones de serio riesgo con la posibilidad de incendios, accidentes o desplomes.

No es la primera vez, ni será la última, que el acúmulo sepulte a quien se

mueve entre los límites de su estructura. En otras ocasiones el excesivo gasto lo abocará a la miseria.

Con todo, lo que resulta preocupante para nosotros, no lo supone para quien vive así que piensan y manifiestan que es un ambiente totalmente seguro.

2.2. - *Su calificación como Síndrome de Diógenes*

Resulta paradójico relacionar el trastorno del comportamiento objeto de estudio con el que se caracteriza por un Síndrome de Diógenes, basado en el total abandono personal y social.

Se asocia a quien acumula en el hogar grandes cantidades de basura o de desperdicios domésticos, situación que nada tiene que ver con el estilo de vida del célebre filósofo. Diógenes de Sinope de origen macedonio, discípulo de Sócrates, fue educado entre otros, por Aristóteles, y admirado por Alejandro Magno. Llegado un día decidió vivir en la extrema austeridad. Su vivienda, era una tinaja que tan sólo abandonaba para dormir en los pórticos de los templos, se vestía con una capa y andaba descalzo todo el año. Estas eran todas sus posesiones. En el día contaba con la compañía de los perros de la calle y por la noche con el firmamento del cielo.

Calificar entonces como Síndrome de Diógenes a las personas de la muestra del estudio, seguramente al propio Diógenes no le hiciera ninguna gracia.

Esta calificación se empezó a utilizar de manera irónica por los científicos en el año 1975. Esta situación inexplicable llevó a que numerosos psicólogos y académicos reclamen el final de una terminología que deshonra el buen espíritu filosófico de aquel hombre. Actualmente se utilizan otras terminologías como: silogomanía, urraquismo o síndrome de miseria senil.

Hecha esta obligada referencia los “Síndromes de Diógenes” generalmente afectan a los ancianos donde la soledad puede ser en muchas de las ocasiones un factor de desencadenamiento.

Los acaparadores compulsivos y los Diógenes comparten situaciones como; aislamiento social, descuido en las condiciones higiénico sanitarias, desnutrición, etc.

Los Diógenes se caracterizan porque acumulan grandes cantidades de basura, rechazan cualquier tipo de ayuda, viven en condiciones de extrema pobreza a pesar de que en ocasiones dispongan de dinero suficiente incluso cantidades millonarias.

En mucha menor medida esto ocurre en gente joven. Los rasgos de su personalidad abarcan trazos paranoides, esquizoides, testarudos o excéntricos sin que esos datos sean sine qua non.

2.3. - Cuando la acumulación es una patología

Cada acumulación en un hogar produce una obra de singularidad única que habla de la locura del individuo. De manera general las casas comparten rasgos comunes: suelen ser lugares degradantes, en los que campa la miseria, son espacios reducidos y atestados a lo que se le añade a veces el sufrimiento del sujeto. Otra cuestión es la situación del uno por uno, que tendrá sus particularidades como obra que es.

Es habitual que cuando vamos a estos hogares los enfermos nos alerten de que la vivienda no está en un buen estado. Es una advertencia que ya indica que viven de una manera diferente, y que no les gusta mostrar esa degradación que lo envuelve todo. Es importante tenerlo en cuenta para manejar con delicadeza los tiempos en cada una de las intervenciones a realizar.

Es frecuente la duda de quien deba ser la persona o el profesional que planifique un proyecto de intervención social en estos casos, que debe ajustarse como un guante a la clínica del enfermo. Una cuestión es quien debe planificarlo y otra quien debe liderarlo. Mi criterio es que debe ser liderado por el propio sujeto, y por aquel al que le otorga su confianza, pudiendo ser este un profesional de la salud, de servicios sociales, algún familiar, un vecino, el párroco, etc.

La planificación debe ser acordada con todos los profesionales que deban intervenir en el caso.

Nuestra labor profesional es la de actuar como aliados del sujeto, que comprenden su situación, que no la cuestionan, si no que lo que se pretende es ayudarlo. A veces basta emplear el silencio como respuesta que surge ante

la realidad encontrada. Es importante valorar los pequeños logros o avances conseguidos por el enfermo, que deben ser reconocidos y tenidos en cuenta por muy pequeños que estos sean. Habrá ocasiones en las que nadie en años traspasó los límites de su dominio, lo que confiere; responsabilidad y privilegios de poder hacerlo. Será diferente el efecto que se produce si la visita es voluntaria o por una orden judicial.

La ausencia de lazo social en la comunidad es algo típico. Suelen volverse huidizos en el intercambio de la palabra, surge la desconfianza, corto-circuitan vínculos que se mantenían desde hacía años, no hay deseo de comunicarse, tan sólo lo imprescindible. Sólo dentro de su casa, desplazándose entre el abandono, donde reina el caos se encuentran protegidos y con cierto acomodo.

Su rutina la ocupan en la labor de acaparar y llenar todo el hogar. Los objetos acaparados son de lo más diverso, de manera que nada de lo que entra en el domicilio salga de él, atrapando al sujeto en la maquinaria de su locura. Destaca las escenas que se suceden cuando el sujeto visita su casa, el apego emocional acumulador-acúmulo se apreciará en determinados gestos o actos: sus ojos escanearán con una precisión de cirujano todo el acúmulo, suelen tener la capacidad de detectar dentro del caos dónde se encuentra cada objeto. Verifican el desorden, como si cada objeto atendiera a una tarea o a un lugar específico. Uno tiene la impresión de que dichas pertenencias dan un sentido de estar vivo, tocarlas sin su consentimiento inmediatamente pueden hacer mudar la relación hacia la sospecha.

Todo es la máxima expresión y extensión del sujeto, es el resultado de la clínica donde su síntoma acaba dominándolo todo. Todo tiene valor sin distinguir entre lo que es útil de lo que no lo es. El acúmulo está solidificado, cristalizado y formando un todo. Es destacable la capacidad de adaptación para vivir en semejante situación.

En la primera visita el miedo y la ansiedad son la norma. Es un dato relevante comprobar el sufrimiento que se produce en el enfermo cuando debe desprenderse de parte o de todo el acumulado.

Hay que dar tiempo para la elaboración de la pérdida no se puede forzar ese

tiempo. Si no se respeta surge el recelo, principal obstáculo para él y para nosotros. En ocasiones es difícil para el profesional encontrar una respuesta o justificación a lo encontrado, por lo indigno, preocupante y peligroso del acúmulo. La visita precisa de hacer transferencia con el enfermo, que permita pactos sustentados en la transparencia y en el valor de la palabra.

3. - ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN: METODOLOGÍA EMPLEADA

A medida que el tiempo transcurría la experiencia personal en los casos sociales de acumulación domiciliar iba a uno enriqueciéndolo. El trabajo nace y adquiere sentido por dos aspectos que surgen: la curiosidad que se da desde el primer caso y el tiempo que irá presentando nuevas situaciones-nuevas inquietudes.

Con lo planteado se pudo elaborar una base de datos con 26 variables que permitieron establecer una foto fija de las características personales y domiciliarias.

En cada domicilio se realizaron pruebas gráficas bajo consentimiento de los moradores.

Todo ello se completó con el relato del paciente y con las patobiografías de las historias clínicas y sociales.

La hipótesis a tratar estaría en verificar que los domicilios de los sujetos objeto de este estudio no estarían en consonancia con las características de los tipificados como "Síndrome de Diógenes" lo que nos permitirá establecer un perfil social más adecuado. A su vez dada la experiencia del trabajo este permite elaborar o mostrar una serie de parámetros profesionales para abordar la ayuda social hacia este colectivo.

3.1. - La población objeto del estudio

La muestra objeto de estudio corresponde a ciudadanos de la provincia de Ourense, los domicilios se localizan tanto en áreas rurales como en zonas urbanas. Son ciudadanos diagnosticados de alguna patología psiquiátrica que ingresan en las Unidad Hospitalaria de Rehabilitación Psiquiátrica de

manera voluntaria, involuntaria o derivados desde otros servicios institucionales.

Aunque la muestra aquí presentada procede de personas de una U.H.R.P. puede ser un trabajo para desarrollar sin que el ciudadano ingrese en un centro hospitalario. Sólo cuando su deterioro físico o psicopatológico revista de la suficiente gravedad se procederá al internamiento sanitario.

3.2. Información cuantitativa del estudio

Tabla N° 1.- Diagnósticos clínicos

Paranoia	4
Folie a Déux	4
E. Paranoide	3
Neurosis	3
T. Bipolar	2
Esquizofrenia	2
Psicosis Atípica	2
T. Histriónico	2
T. Ideas Delirantes	2
T.O.C	1

Fuentes.- Datos elaborados a partir de fuentes propias

Tabla N° 2 . Perfil social de los acumuladores Menos de 65 años²²

Menos de 65 años	22	Más de 65 años	3
Mujeres	15	Hombres	10
Ingreso Judicial	13	Órdenes de deshaucio	2
Tutelas antes del ingreso	1	Tutelas después del ingreso	4
Carencias higiénico- sanitarias	17	Desorden domiciliario	20
Domicilio con riesgo personal	14	Déficits equipamientos	16
Acúmulo mono-temáticos	2	Acúmulo de artículos nuevos sin usar	4
Acúmulo de ropa	6	Acúmulo con basura	9
Altas mismo domicilio	8	Altas distinto domicilio	17
Altas centro residencial	10	Altas domicilios compartidos	7
Ingresos económicos + de 600 euros	7	Ingresos económicos - de 600 euros	18
Apoyo socio familiar	20	Apoyo socio familiar contraproducente	10
Personas que declinan apoyo	11	Coordinación con S. Sociales y Justicia	7

Fuentes.- Datos elaborados a partir de fuentes propias.

3.3. - Datos del impacto cuantitativo

1. Entre los resultados, el impacto que la muestra refleja prevalecen en $\frac{3}{4}$ partes los cuadros psicóticos ante los cuadros neuróticos graves.
2. El promedio de edad se sitúa claramente por debajo de 60 años, alejándolos de unos de los perfiles que caracterizan a los Síndromes de Diógenes.
3. La variable sexo no es significativa.
4. El 50% de los ingresos fueron por vía judicial.
5. En dos de las ocasiones le supuso al paciente el deshaucio del inmueble.
6. Señalar que en un número importante (10 casos) tiene su origen en que

bien sus padres u otros familiares próximos iniciaron el acumulo dándole ellos continuidad en el tiempo.

7. - Fueron pocas las medidas judiciales que tras los ingresos se aplicaron y que afectaron a la capacidad de obrar del sujeto. El trabajo basado en el pacto convenido permite mantener al margen a la justicia y mantener los derechos civiles y la participación social del sujeto.

8. - La suciedad, el abandono, el desorden y los déficits de equipamientos están presentes sin llegar a la gravedad de los domicilios de los ancianos con Síndrome de Diógenes. Llegan a producir situaciones límites que por una parte son minimizadas y por otro reflejan la gran capacidad de adaptación humana. Más de la mitad de la muestra reflejan que la integridad y el riesgo para la salud eran evidentes.

9. - En un 40% de la muestra les fue posible la vuelta a casa con la ayuda necesaria para que la situación no se repitiera, en otro 30% fueron derivados a domicilios ya sea compartidos o de carácter tutelar, supervisada o con familias en situaciones de acogimiento.

El 30% restante la derivación se produjo a una residencia especializada al ser inviable el retorno domiciliario bien por la gravedad de la clínica, o la carencia de recursos de apoyo en la comunidad.

10. - Un 75% de las personas de la muestra tienen ingresos menores de 600 euros, la mayoría son pensiones no contributivas (369 euros) lo que los sitúa por debajo del umbral de la pobreza. La asociación patología psíquica-pobreza-acumulo-exclusión social es un dato para considerar sin ningún género de dudas.

11. - Respecto al apoyo familiar el 40% fue contraproducente ya sea por la inadecuada comprensión de la situación o por un mal manejo a la hora de la ayuda precisada.

12. - Casi un 40% de las intervenciones se realizaron en coordinación con otros dispositivos institucionales.

3.4. - Información cualitativa del estudio: el interés por la palabra y el tiempo subjetivo. Presentación de casos.

Nuestra presencia en el domicilio permite calibrar la respuesta del sujeto ante una situación domiciliaria anómala; lo hace desde la posición interesada del conocimiento, en el intento de asesorarlo en un momento en el que se analizan aspectos importantes de su pasado, y que afectan ahora a su presente más inmediato. Una presencia la nuestra sin invadir de pleno el deseo del otro, próxima pero con la distancia adecuada, visible sin ser en exceso, centrada en el relato que permita crear y afianzar esa alianza terapéutica que se plasma en la confianza, eliminando actos desde el poder que obvia que no se trata de anular el disfrute del otro sino de limitarlo.

Actuar desde la inmediatez sin tener consideración la cadencia del sujeto, dejándonos impresionar por lo observado, o por lo relatado por terceros, puede tener como resultado la cosificación del enfermo.

En definitiva no contar con su palabra, con sus derechos como ciudadano significa no entender nada. Es muy habitual que ante la locura aparezca la imposición que obliga a decidir por él, sin que hubiera en muchas de las ocasiones apenas contacto. Esto arrastra al sujeto a una posición de sumisión o de segregación.

Actuaciones apresuradas como son: iniciar diligencias informativas de incapacidad judicial, ingresos forzosos en instituciones, o en centros residenciales resulta en ocasiones únicamente cómodo para el profesional.

En la muestra estudiada el sujeto fue participe en todos y en cada uno de los casos. En algunas de las situaciones el deterioro psíquico era lo suficientemente importante para que el retorno a casa no fuera posible. Hacerlo igualmente participe, permite sentirse actor principal y a nosotros autorizados por él. Independientemente de que determinadas acciones profesionales no coincidan con el deseo del paciente resultan menos desagradable para él si empleamos la honestidad en la comunicación. Expongo a modo de ejemplo y de manera breve cinco de los casos de la muestra representada que dan cuenta del contexto clínico y social que se refleja en el artículo.

Primer caso.

La visita a este domicilio contó también con la participación de la psiquiatra encargada del caso. Es recomendable que en ocasiones esto ocurra y comprobar in situ las condiciones en las que viven los pacientes. Los golpes de realidad nos sitúan a todos de manera correcta. Sólo fuera de los despachos conocemos el perímetro vital en que se mueve el sujeto.

En la situación domiciliaria de J.M la visita a su casa nos permitió descubrir cómo la misma estaba totalmente significada por un color; el rojo. Cada elemento que conformaba el contenido del inmueble ya fuera dentro del propio hogar (ropa, alimentación, utensilio etc) como fuera de él se identificaba con ese color. En las últimas semanas se dedicó a pintar el interior y el exterior de su casa, se incluía todo lo que su locura consideraba; plantas, piedras, árboles de su finca o mismo el alcantarillado de la casa. Para vecinos o autoridades de la zona era considerado como un acto vandálico.

Su radio de acción delirante ya se había extendido fuera de los límites de su casa; acera, farola o la alcantarilla pública (se extendió por que parte del terreno le había sido expropiado por el ayuntamiento para mejorar los accesos, pero su locura nunca había autorizado ese acto administrativo).

Los vecinos desconocedores de los motivos, solían increparlo habitualmente y afearle su conducta, sin tener en cuenta que hasta entonces para ellos había sido un hombre apacible y de buen trato, en definitiva un buen vecino.

Ahora no existían las preguntas sólo los agravios.

En una de las visitas se pudo observar distintos libros monográficos relativos el sistema solar. Con las evidencias gráficas observadas se pudo asociar, comprender y descubrir la relación con ese significante clave de su delirio.

Era descendiente del astro rey, ese era su delirio de filiación, identificación básica de su estabilización, totalmente congruente con los hechos aparentemente extravagantes.

Su limitación física no le permitiría la vuelta a su casa y no por eso dejó de ser partícipe en su proyecto al alta.

Las visitas que suponían 200 Km que distaban del hospital a su casa valieron la pena para afianzar el vínculo transferencial y buscar una alternativa residencial pactada. Su alta clínica a una residencia próxima a su casa garantizó la atención socio sanitaria precisa, y le permitió desplazarse al lugar donde albergaba la expresión artística que identificaba su delirio y su razón de ser, y de estar en el mundo.

Segundo caso.

R y L son padre e hijo, ambos diagnosticados de un trastorno delirante compartido (Folie a Déux), su vida transcurría en la más absoluta miseria en un piso de su propiedad. Lo alarmante de su situación no había pasado desapercibida para los servicios sociales comunitarios que durante años intentaron sin éxito intervenir. A raíz del ingreso hospitalario del anciano en malas condiciones físicas se pudo por primera vez actuar.

Se hizo un ingreso conjunto y se realizó una visita domiciliaria comprobándose como durante años los ingresos económicos procedentes de la pensión del padre se destinaron a la compra masiva de objetos de lo más variopinto.

Nunca se desembalaron, eran adquiridos siempre en cantidades repetidas y apilados estratégicamente por toda la casa. El acúmulo redujo muy seriamente la movilidad en la vivienda atestándola de cosas por todas las esquinas.

El informe técnico del ayuntamiento lo dejaba claro: “hubo serio riesgo de derrumbe del vetusto inmueble por el peso que sostenía la estructura”.

Fue necesaria la colaboración del ayuntamiento a través de la colocación de colectores para vaciar y trasladar parte del contenido de la vivienda.

La actitud tiránica del hijo, la fragilidad del anciano, y la certeza delirante del hijo sobre vecinos y familia, a quienes acusaba de tener interés sobre su patrimonio alimentaban el delirio, potenciando el síntoma.

La provisión masiva minimizada sobre todo por el hijo, que ejercía evidente poder sobre el padre, había derivado en un empobrecimiento importante, distintas posesiones descuidadas de las obligaciones tributarias estaban amenazadas de embargos.

Los cuidados y la alimentación más básica en ambos, pero sobre todo en el anciano, eran serias, presentando signos de abandono y de desnutrición.

La intervención se centró en primer término en la protección del anciano con un posterior ingreso en un centro residencial. El retorno de su hijo al domicilio se hizo en unas condiciones de seguridad y de higiene aceptable.

Fue necesario la apertura de expediente en fiscalía de incapacidades para que el anciano pudiera residir en un geriátrico, y disponer de la pensión que desde hacía muchos años, no gestionaba. Ambas medidas fueron obligadas por la no aceptación del hijo a perder parte de su disfrute psíquico. Su opositorismo se basaba en que se quedaba sin dinero para seguir haciendo compras y que estas eran más necesarias para él que garantizar las necesidades básicas.

No había intención de modificar su estilo de estar en el mundo, cualquiera otro proyecto distinto a su deseo era vivido como una seria amenaza.

Al alta, el seguimiento se derivó a servicios sociales comunitarios quien nunca realizó un seguimiento idóneo, por lo que es muy probable que el síntoma en el hijo siga repitiéndose.

Este desenlace es un claro ejemplo de la inexistencia de una coordinación e implicación bi-direccional de los seguimientos de los casos de acumulación domiciliaria por parte de las administraciones públicas implicadas.

Tercer caso.

R dilapidó cerca de 300.000 euros a lo largo de los últimos 10 años, una parte importante del patrimonio fue destinado a todo tipo de compras, especialmente ropa y tecnología, la cuál se multiplicaba de manera desorbitada.

Lo comprado ocupaba el largo y ancho de las tres plantas de su casa y permanecía almacenada en bolsas que nunca se llegaron abrir.

Ropa para ella, para su hijo, para su madre, la mejor tecnología. En zapatos se gastó más de 15.000 euros. Nunca los utilizaría ni tampoco el resto de las compras, R por el contrario acostumbraba a vestirse con ropas desaliñadas y viejas. El fallecimiento de su padre, la separación de su pareja, coin-

ciendo con el nacimiento de su único hijo, iría sumiéndola en una profunda tristeza y soledad.

El aislamiento fue permanente, las palabras apenas circulaban, sólo las precisas. La rutina marcada por el automatismo de adquirir compras de cierto valor la seguían sosteniendo en el aislamiento, y el mundo lo describía con monosílabos. Esta conducta ritualizada desencadenó una caída al mayor de los sufrimientos para ella, el descuido de su hijo y el de su madre lo que supuso la intervención judicial dada la situación de desamparo.

Ella ya no podía alzar su mirada y todavía menos su voz cuando irrumpió la Guardia Civil en la casa. La escena reflejaba a R en posición fetal en el regazo de su madre como si precisara de ese refugio para seguir respirando, todo esto ante la atenta y piadosa mirada de su hijo menor.

En las primeras entrevistas el contacto era pobre y defensivo, sin apenas relato, con bloqueos mentales y con caída subjetiva importante, donde la evitación era la norma.

Las visitas a la casa en la que yo la acompañé, para organizar lo desorganizado le aportó valor para enfrentarse a las señales que se le presentaban como la de una mujer desposeída del control de su vida.

Además de los múltiples objetos que acumulaba en la casa había montones de cartas de todo origen, la inmensa mayoría sin abrir. La dolorosa realidad que guardaba la correspondencia no tenía lugar para un deseo imparable que la acabó tapiando entre su particular acúmulo.

El desorden se imponía y junto con los deberes tributarios amenazaban su ya mermado patrimonio.

Las visitas realizadas la alejaron del despacho intimidatorio del que juzga, y habilitaron un espacio próximo. La entrada a cualquiera habitación dejaba petrificada por momentos a R como si se presentasen recuerdos que la paralizaban.

En ocasiones en el descanso de jornadas intensas de arreglo de todo aquello, surgía el relato doloroso que permitía alguna reflexión esclarecedora

sobre su declive. En una ocasión, sentados en unas cajas en el desván, ella concluye que su ilusión era magnificar su imagen, parecerse a las famosas de las revistas y de este modo imaginariamente volver a ser amada.

Su dolor criogenizado fruto de un rechazo social imaginario y disparatado la empujó a una rutina compulsiva en la que sus salidas a comprar eran su manera de suturar una imagen rota al dejar de ser amada.

Cuarto caso

T es una mujer soltera, que vive sola y económicamente acomodada. La mezcla de la prodigalidad de su delirio era el cóctel perfecto para el abuso de los comerciantes de la zona. Su casa no tenía mas cabida para más ropa y complementos. Los comerciantes de la zona sabiendo de su querencia por las compras sin sentido aprovechaban para venderle ropa fuera de temporada, inadecuada a su edad o a su talla. Con ella el lema era “el todo te vale”.

Su enfermiza desconfianza con su familia a raíz del fallecimiento de sus padres, sólo presagiaban para ella la persecución de su patrimonio. Pero el dinero iba disminuyendo y el ingreso hospitalario por autorización judicial permitió distintas intervenciones pactadas. Las siguientes visitas con la paciente permitieron que una parte importante de la ropa, seleccionada por ella, fueran donadas a una ONG. No sin dificultad conseguimos que aceptara la figura de un administrador patrimonial que la protegiera. Para atajar el futuro desorden se contrató a una empleada del hogar que se encargaría de los cuidados de ella y de los de la casa.

La introducción de un tercero permitió normalizar su calidad de vida y estabilizar su clínica evitando re-ingresos donde hasta ese momento sólo la intervención de la justicia se hacia inevitable y con ello colocarnos a nosotros como perseguidores y colaboradores de su sufrimiento.

Quinto caso.

R, P y H son tres hermanas jóvenes que viven juntas. En un mismo año mueren sus padres y empiezan a dispararse comportamientos de distinta naturaleza que dan cuenta de la desorganización de cada una de ellas.

La situación se mantiene de esta manera durante años hasta que la convi-

vencia se vuelve insoportable. Los desencuentros son la norma, la insalubridad, las carencias higiénicas, la pobreza y el desorden domiciliario son alarmantes.

La locura es imparable. La única intervención que se hace desde servicios sociales comunitarios pasa por la incapacidad y el ingreso en centro residencial para las tres hermanas.

Es tras el ingreso hospitalario de una de ellas cuando somos conocedores de la situación, se establecen las primeras visitas al domicilio con el propósito de analizar in situ que llevó a las hermanas a su estado actual y de qué manera se puede ayudarlas. Es en el propio domicilio donde se pacta la intervención con cada una de ellas y con proyectos individuales. Fue necesario la hospitalización de todas ellas de manera gradual para poder intervenir adecuadamente.

In situ se comprobó la gravedad clínica y social. Se precisó de tiempo para concluir los proyectos, con seguimientos clínicos y sociales que garantizaran dignidad para vivir, ingresos económicos básicos, y mejora de la clínica que permitiera establecer cierto lazo social. Los proyectos se resolvieron todos y cada uno de ellos sin ninguna medida judicial.

Este breve resumen no dará cuenta de las numerosas intervenciones terapéuticas y sociales hechas durante más de un año de trabajo donde finalmente pudo anclarse un proyecto vital para cada una de ellas en la comunidad.

4. - LA INTERVENCIÓN DEL PROFESIONAL Y LA ALIANZA TERAPÉUTICA

4.1. En el ingreso hospitalario

Como cualquier enfermo que ingresa en una unidad hospitalaria su valoración sanitaria lleva implícita la atención de los cuidados más básicos. Hay determinadas situaciones de ciudadanos que residieron en condiciones de insalubridad, de higiene deficitaria o carentes de nutrición idónea que precisan ser recuperados en su aspecto orgánico. Tratadas estas cuestiones y atendiendo a los tiempos de la clínica se indicará la necesidad de la intervención profesional por parte del Servicio de Trabajo Social Hospitalario.

El profesional solicitará de distintas fuentes (médico, paciente, red socio familiar, servicios sociales comunitarios, etc.) aquella información necesaria para diagnosticar y planificar la intervención profesional futura.

4.2. En el ámbito comunitario

Las personas en situaciones de acumulación compulsiva normalmente no son quienes alertan de su deterioro, suele ser la familia o los vecinos quienes informan del hecho. Situaciones que ponen en peligro al individuo suelen ser coordinadas con los profesionales del ayuntamiento de referencia. Se puede requerir la intervención de: servicios sociales, sanidad municipal, servicio de limpieza, técnicos etc, a veces en colaboración con la policía local, bomberos y el asesoramiento jurídico municipal si se da el caso. En ocasiones extremas se puede hacer uso del articulado de la Ley de Propiedad Horizontal derivando la intervención a las instancias judiciales que puede desencadenar el desalojo del propietario por un tiempo máximo o por el desahucio si es un inquilino.

5. - VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LA SITUACIÓN: MODO DE PROCEDER

Uno puede acaparar cosas y no padecer una enfermedad, la necesidad de intervenir la determina la valoración del sujeto para auto-gobernarse atendiendo a la cantidad del desorden almacenado que derive en un riesgo para la persona o para sus vecinos. Se puede establecer el proceso de intervención de la siguiente manera:

5.1. Entrevista pactada - Observación participante

1. Valorar las condiciones higiénico/ sanitarias del domicilio (radiografía domiciliaria) y la impresión del sujeto.
2. Poner si es preciso en conocimiento de la justicia la situación observada.

5.2. - Diagnóstico y planificación social

1. Hacer un análisis y un diagnóstico de la situación encontrada.
2. - Conocer los recursos formales e informales con los que se cuenta.

3. Elaborar una planificación de un proyecto realista, viable y que dignifique su calidad de vida.
4. - Información y coordinación con los profesionales de la red social implicados directa o indirectamente.

5.3. Proyecto comunitario e Intervención psico-social.

1. Hacer partícipe siempre que sea posible al paciente en la organización domiciliaria.
2. Organizar lo desorganizado.
3. Utilización de elementos de protección (guantes, máscara, ropa apropiada...).
4. Ayudar y animarlo/a organizar, limpiar y deshacerse de lo sobrante.
5. Proponer la opción de hacer donaciones de los artículos sobrantes.

5.4. Programa de evaluación y seguimiento

1. Establecer las visitas domiciliarias a posteriori.
2. Mantener la coordinación con los dispositivos socio sanitarios precisos en la intervención.
3. Espaciar o no las visitas según se sostenga la dignidad domiciliaria.
4. Poner fin al seguimiento del caso si se dan las garantías en el tiempo de un modo de vida adecuado.

En el caso de que se den limitaciones físicas, psíquicas, o patrimoniales o de otro orden impidiendo o desaconsejando su retorno domiciliario debe ser igualmente partícipe en la medida de lo posible de su nuevo itinerario vital.

6. LA INTERVENCIÓN DOMICILIARIA: CLAVES PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTUACIONES.

Es frecuente que el impacto que se produce tras las primeras imágenes contempladas haga que de manera apresurada se dé un primer diagnóstico social viciado por el rechazo subjetivo de uno mismo. Esto impide que nos

hagamos las preguntas debidas, el prestar la atención adecuada y el elaborar alternativas viables. La experiencia de las visitas nos permite una mejor comprensión de las variables una vez interconectemos biografía, personalidad y patología.

A la hora de intervenir se suele hacer una reflexión apresurada y corta en el análisis que le dé de manera inmediata al observador una explicación a lo irracional que tiene ante sus ojos. Es muy recurrido sintetizar el acúmulo a que obedece a un “almacenamiento para un futuro incierto” o que es “el resultado único y exclusivo de la locura irracional del sujeto”. Quedar con una reflexión de este exiguo contenido es por lo menos empobrecida.

La realidad presentada ante nuestros ojos y sostenida por un ciudadano de hábitos raros a lo largo del tiempo no se reduce a una síntesis que es tan proporcionalmente lejana cómo lo es el propio enigma de la locura expresada.

No establecer una conexión entre el observador y lo observado no nos revelará los estrambóticos motivos que tiene para el sujeto el desorden externalizado de su delirio.

Cada casa tiene particularidades o señales propias que se califican como texturas comunes y son el objetivo a tratar como es el desorden y la higiene, convergen a su vez con experiencias personales y con los síntomas que cumplen una función subjetiva. Las visitas y los encuentros con el sujeto en su medio sirven para que la transferencia entre el observado y el observador sean capaces de proponer un proyecto viable que recomponga lo desorganizado.

Puede resultar extraño entender la interconexión que se da entre los efectos psicopatológicos de la clínica sobre la propia casa. Pero así ocurre, se produce un cierto andamiaje entre sujeto - patología - acumulo capaz de transformar una casa en un espacio tan inhabitable como en ocasiones peligroso.

Es también curioso que una desorganización domiciliaria contenga información analizable como si se tratara de observar la escena de un yacimiento arqueológico o la comisión de un crimen.

En el estudio realizado se ha comprobado como el tipo de acúmulo obedece

a una desorganización subjetiva reiterada a través de un síntoma repetitivo que ofrecen determinados datos visuales que son complementados con el relato in situ del sujeto. Otra cuestión es cómo se canaliza el impacto visual y el rechazo ante lo observado. Además de esta lectura se necesita disponer de recursos profesionales, institucionales o económicos con el propósito de evitar que precisamente la soledad del profesional derive en la impotencia o en la pasividad como respuesta amenazante. Si esto ocurre suelen hacerse intervenciones sociales inmediatas, justificando el proceder empleando algún tópico “iberal” como es el respeto a la decisión de vivir cada uno como desea o que el ciudadano no se deja ayudar cuando se sabe sobradamente que la situación supera al paciente y lo hace en este caso también al observador.

Tampoco se trata de intervenir por intervenir, si no cuando verdaderamente sea preciso asegurar la seguridad, la salud o proteger en definitiva al sujeto de una preocupante vulnerabilidad. Es tan importante intervenir cuándo es preciso, como no hacerlo cuando no es necesario. Calibrar los actos profesionales dependerá de nuestros componentes formativos, implicación, ética profesional o de la disponibilidad de recursos.

Un trabajo como este no es más que la recomposición in situ de las causas de la acumulación para poder sumarla a la información clínica y social la cuál difícilmente se obtienen en otro escenario que no sea el propio dominio privado del paciente.

El trabajo se ha fundamentado en la observación domiciliaria, en la patobiografía del sujeto, en su participación, en la recogida de información de terceras personas y en los soportes gráficos existentes.

Con todo ello lo que se pretende es ayudar a restablecer unos espacios de vida enfermos en otros saludables.

7. - *DISCUSIÓN*

El artículo refleja el interés por afrontar lo que para el autor se le presenta como un reto profesional. Situaciones complejas y de difícil conclusión que pretende recuperar espacios de vida desorganizados en otros más saludables.

En cada uno de los casos, singulares todos ellos, tratará de promover la participación activa del sujeto como actor principal, en la resolución/pacificación sintomática, que fue lo que lo llevó finalmente al ingreso hospitalario.

Es el resultado del empuje constante de su síntoma al que no va a renunciar a cualquier precio. Cada caso en su planteamiento o resolución es singular. Se intenta entender cada historia toda vez que la desorganización subjetiva deja señales, que como balizas nos orientan.

Este no es un relato que dé todas las claves, ni un manual para abordarlo de serie. La transferencia honesta y basada en el respeto y en la palabra es la clave para cualquier posible intervención.

Los domicilios son espacios para el resguardo de sus amenazas, de sus miedos, donde se vive en ocasiones con la soledad más absoluta. Es en estos espacios donde la locura y su sufrimiento deja su poso escenificándolo en el abandono, derivado de un síntoma que no le da respiro.

Como conclusión se podría decir que la experiencia en el trato con sujetos en muchas ocasiones hacen que nos movamos en escenarios poco claros donde cierta precaución y seguridad son claves para no agravar la relación.

En la mayoría de las veces situaciones como las expuestas no se estudian en profundidad, están muy alejadas del ámbito universitario y de la formación de post-grado por lo que la ceguera del observador puede estar en un presente continuo.

Asimismo cada uno de nosotros trae su propio recorrido vital subjetivo, que influirá en el manejo de los tiempos y de los encuentros dándole una tonalidad u otra.

Habrán profesionales que no podrán ayudar a organizar la vida de un paciente, descifrar supone un esfuerzo y un análisis imprescindible cuando se trata de ayudar a organizar un estilo de vida con sus particularidades.

No todas la personas están preparadas para conseguirlo.

La escasa formación clínica o psicopatológica, el no saber manejar ciertos

códigos en nuestro proceder, la posición de poder, el marcado narcisismo del profesional o el rechazo al encuentro con el sujeto son algunas de las amenazas con las que contará el enfermo objeto de la intervención. En otras ocasiones los propios miedos y bloqueos darán como respuesta la pasividad del profesional.

Aproximarse el ciudadano de manera precisa, sosteniendo en el tiempo un pacto serio de palabra y compromiso, permitirán al sujeto ser actor de su recorrido vital. Esta es sin duda la base principal para motivar ese cambio tan buscado como necesario.

8. - BIBLIOGRAFÍA

- BOILOS, C. R. (2006). *Más allá de la basura. Documentos de Trabajo Social*, 51, 317-353.
- CARRATO, E. E MARTÍNEZ AMORÓS, R. (2010). “Síndrome de Diógenes: a propósito de un caso”. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría, Psiq Biol.* 2008;15(4):140-3
- GARCÍA SORIANO, G., BELLOC, A. E MURILLO, C. (2008). “Sobre la heteroagresividad del trastorno obsesivo compulsivo: una revisión”. *Revista de Psicopatología y psicología clínica*, Vol 13, N° 2, pp. 65-84.
- PANTOJA, J.A. (2006). “Intervención del Trabajador Social con personas afectadas por el Síndrome de Diógenes”. *VI Congreso de la Escuela Universitaria de Trabajo Social de Sevilla*.
- RODRÍGUEZ LOZANO, E., ORTIZ, C., BLASCO, G., SAENZ, M., GARCÍA GUTIERREZ, F. E BERMEJO, C. (2014). “Características sociodemográficas de las personas acumuladoras / trastorno por acumulación (Síndrome de Diógenes) en la ciudad de Madrid”. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 124 (34), vol 34, numero 124, pp. 665-681.

***INNOVALAN: Siete años trabajando
por el empleo para las personas con
Enfermedad Mental Grave (EMG)****

Mikel Zarate Soloeta. Trabajador Social
Unidad de Rehabilitación del Hospital de Zamudio (BOMS-RSMB)
Osakidetza

Correspondencia: mikel.zaratesoloeta@osakidetza.net

* Ponencia en I Xornada AGSM-AEN “*Do que está en crise*”, Santiago de Compostela, 23 de octubre de 2015

RESUMEN

Esta comunicación, tiene una doble finalidad. Por un lado presentar un proyecto que lleva cuatro años intentando abrir nuevos espacios de empleabilidad para las personas con Enfermedad Mental Grave (EMG) en el Territorio Histórico de Bizkaia, al tiempo que exponer las fases en el desarrollo del mismo, las dificultades a las que se ha tenido que hacer frente y el momento actual en el que se encuentra el desarrollo de esta iniciativa.

Por otro lado, se pretende reflexionar acerca del trabajo colaborativo entre diferentes organizaciones como una herramienta básica que permita abordar problemáticas tan complejas como la inserción laboral de las personas que conforman este colectivo. Además esta colaboración, en una coyuntura económica y social tan difícil como la actual, se hace imprescindible y se convierte en un valor a cuidar y potenciar.

Este proyecto ha sido construido desde la base y el contacto diario con los

principales protagonistas del mismo, que no son otros que las personas que padecen EMG y las empresas radicadas en el entorno del Parque Científico Tecnológico de Bizkaia (entorno empresarial que agrupa empresas de alta tecnología y vocación innovadora).

Palabras clave: Enfermedad mental, Empleo, Responsabilidad Social Empresarial

ABSTRACT

This communication is twofold. On the one hand present a project that has spent four years trying to open new opportunities for employability for people with severe mental disorder in Bizkaia, while exposing stages in its development, the difficulties they have faced and the current time that is in the development of this initiative.

On the other hand, some thoughts about the collaborative work between different organizations as a basic tool to tackle such complex issues as the employment of people who make up this group. Besides this collaboration, in an economic and social situation as difficult as the current one, is essential and becomes a value to nurture and promote.

This project has been built from the base and the daily contact with key players, which are none other than people with severe mental disorder and companies located near the Scientific and Technological Park of Bizkaia (business environment that brings high-tech companies and innovative spirit).

Key words: Mental illness, Employment, Corporate Social Responsibility

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

En el año 2008 desde la Unidad de Rehabilitación del Hospital Psiquiátrico de Zamudio se comenzó a profundizar en la necesidad de afrontar las dificultades en el acceso y mantenimiento del empleo de las personas que eran atendidas en dicha unidad.

Cuatro fueron los ejes estratégicos del proyecto: 1. las características de la población atendida en la Unidad Hospitalaria de Rehabilitación. 2. la importancia del empleo en el desarrollo de un proyecto de salida favorable. 3. el entorno geográfico en el que está ubicada la unidad y las posibilidades

que puede aportar la cercanía con el Parque Científico Tecnológico. 4. las nuevas tendencias en gestión de las empresas que bajo el paraguas de la Responsabilidad Social Empresarial (RSE) abren la puerta a la adopción de prácticas sociales.

Muchos han sido los pasos dados desde entonces. El más importante fue convertir un proyecto inicial, que planteaba un acuerdo colaborativo entre dos organizaciones (el Hospital Psiquiátrico de Zamudio y el Parque Científico Tecnológico), en una iniciativa consolidada denominada Innovalan, constituida por diez organizaciones de ámbitos diferentes y dirigida a abrir espacios de inserción laboral en los que las personas con EMG puedan desarrollar sus capacidades en condiciones sociolaborales lo más normalizadas posibles. Con la idea necesaria de contribuir paralelamente a la desaparición, o al menos reducción, de la visión estigmatizante de la enfermedad mental en el ámbito laboral.

Los agentes promotores de este proyecto proceden de diversos ámbitos: del empresarial, del ámbito de la innovación social, del trabajo con y para las personas con discapacidad, del trabajo con población en riesgo de exclusión, de asociaciones que trabajan con personas con EMG y sus familiares, además de la Red Pública de Salud Mental de Bizkaia. En el acuerdo de constitución de Innovalan se plantea como objetivo construir un espacio privilegiado en el que confluyan la Responsabilidad Social Empresarial (RSE) y las necesidades de las personas con esta enfermedad, multiplicando las posibilidades de empleabilidad de este colectivo.

PROCESO

El proceso se inició con la constitución de un grupo de trabajo con participación de los agentes interesados en abordar la integración laboral de las personas con enfermedad mental grave *El objetivo inicial de este grupo de trabajo fue analizar las posibilidades de desarrollo del presente proyecto. Así se reflexionó sobre el entorno empresarial* en el que se pretendía implantar la iniciativa, elaborando un mapa de posibles nichos de negocio en el Parque Tecnológico.

En este contexto, tras analizar la problemática propia de la integración laboral de las personas con enfermedad mental grave, se procedió a la realización de un informe sobre las características de la oferta laboral que

diversos agentes miembros de la iniciativa (Lantegi Batuak, Emaus y Eragintza) aportan de manera independiente.

Tras estos pasos iniciales se detecta la necesidad de elaborar instrumentos comunes de trabajo, diseñándose un procedimiento de derivación y selección de posibles candidatos. Asimismo se constituye un equipo de coordinación y evaluación para facilitar la aplicación de dicho proceso.

Una vez asentadas las bases del trabajo en común se procedió al establecimiento de convenios entre los diferentes agentes con la firma de un acuerdo de colaboración y otro documento que recoge los compromisos de cada integrante de Innovalan.

El acto público de presentación de Innovalan ante empresas y otros agentes interesados en el desarrollo de las RSE y la inserción laboral de personas con EMG se celebró en septiembre de 2011¹

Tras la presentación pública ya solo quedaba ponerse manos a la obra y proceder al desarrollo de la propuesta laboral de Innovalan. Tres eran las tareas a realizar en este ámbito. Por una parte la suscripción de acuerdos de colaboración para la aceptación por parte de Innovalan de la distribución de diferentes productos. Posteriormente la constitución de los sujetos jurídicos laborales más adecuados para la realización de la actividad laboral acordada. Y finalmente la selección de personal procedente de nuestra bolsa interna para la realización de la actividad productiva acordada.

OFERTA DE INNOVALAN²

En todo momento y contando con la experiencia de las entidades que constituyen Innovalan se planteó una oferta atractiva para las empresas. El punto de partida fue ofrecer información y asesoramiento a las empresas sobre normativa y legislación laboral respecto a las personas con discapacidad; para posteriormente ofrecer actividades productivas en las que contamos con amplia experiencia: jardinería, servicio de mudanzas y portes varios, gestión de residuos sólidos urbanos voluminosos y textiles, recuperación reutilización y reciclaje, venta directa, limpieza, distribución, agricultura ecológica, servicios de movilidad (bicicletas).

¹ http://www.elpais.com/articulo/pais/vasco/Mentes/abiertas/trabajo/elpepiesppvs/20111001elpvas_17/Tes

Además, Innovalan planteó la posibilidad de poner en práctica soluciones a necesidades detectadas en el Parque Tecnológico en diferentes áreas: distribución interna, accesibilidad, etc.

La oferta planteada a las empresas radicadas en el Parque Tecnológico comprendía también la contratación directa de puestos de trabajo para personas con EMG por demanda de la empresa y que se desarrollaría bajo la metodología del Empleo con Apoyo.

Como elemento diferenciador respecto a otras iniciativas, Innovalan plantea sensibilizar a los trabajadores del entorno del Parque Tecnológico propiciando que conozcan la enfermedad mental, alejando así las falsas creencias sobre las personas afectadas por esta enfermedad y luchando de manera activa contra el estigma.

Todas las actuaciones contarían con apoyo a la persona con enfermedad mental grave que trabaje en el marco de Innovalan en todas las dimensiones de su vida potenciando el trabajo en red.

EL CAMINO SEGUIDO

La ilusión inicial de las diez entidades promotoras de la iniciativa poco a poco se fue diluyendo. La situación financiera en la que nos encontramos, la escasa respuesta del tejido de empresas del Parque Tecnológico unido a diferencias en las interpretaciones sobre cómo responder a esta encrucijada, provocó que tres entidades significativas (Lantegi Batuak, Eragintza y Avifés) abandonaran el proyecto. Fue un momento difícil de afrontar, que supuso la inversión de mucho tiempo y esfuerzo. A pesar de ello, las otras siete entidades, renovaron su apuesta e Innovalan no desapareció.

Paralelamente a la creación de Innovalan, entre el Grupo Emaus Fundación Social y la Red de Salud Mental de Bizkaia se fue madurando otra iniciativa empresarial, que además de mantener los principios de Innovalan incorporaba al Parque Tecnológico y a KutxaBank como servicio financiero. Así nace la Bioeskola.

² www.innovalan.eu

Bioeskola

El proyecto Bioeskola tiene como objeto utilizar una explotación agraria de productos ecológicos para abrir espacios de integración laboral a personas con enfermedad mental que estén en situación o riesgo de exclusión social. Para ello se establecen itinerarios individualizados y puestos adecuados al nivel de empleabilidad de cada persona que participa en el proyecto.

Se desarrollan cuatro líneas principales de actividad en el sector agrario:

1. Producción de productos agrícolas de origen ecológico.
2. Comercialización de productos agrícolas de origen ecológico.
3. Desarrollo de actividades de formación y sensibilización.
4. Prestación de servicios agrarios y de cuidado del medio natural.

El proyecto cuenta con el liderazgo de Emaus Bilbao Sociedad Cooperativa de Iniciativa Social (Emaus B.S.C.I.S.), gestora directa del Proyecto, además de la participación activa del Parque Tecnológico y Científico de Bizkaia, de Innobasque / Agencia Vasca de Innovación y de la Red de Salud Mental de Bizkaia. A estos agentes hay que sumar la financiación por parte de la BBK, y el asesoramiento técnico de viabilidad del proyecto de dos reconocidas entidades gestoras de proyectos de agricultura ecológica como son Itxasmendikoi y Lorra.

El terreno a explotar abarca cerca de 30.000 m² bien comunicados, integrados en el Parque Tecnológico y Científico y cercanos al Hospital de Zamudio, cedidos expresamente para el desarrollo del proyecto.

La Bioeskola, además de haber conseguido cumplir los objetivos de Innovalan, ha puesto sobre la mesa nuevas necesidades que están dando a las entidades promotoras, la posibilidad de diseñar nuevas iniciativas que puedan traer consigo la creación de empleo para el colectivo con el que estamos trabajando: un vivero de semillas y plantas ecológicas que surta de ese material esencial a la Bioeskola y una planta conservera que elabore los excedentes propios y los de los productores agrícolas de la zona.

Así, a pesar de que su nacimiento fue paralelo al de Innovalan, la Bioeskola se ha ido integrando en la iniciativa y en estos momentos es el eje de desarrollo de otras propuestas que tenemos en mente.

Qué aporta de nuevo Innovalan

Son cuatro los pilares en los que Innovalan se apoya para ofrecer nuevas alternativas al problema del empleo de personas con enfermedad mental grave:

1 - Es **innovador** en el **ámbito de la salud** desde el momento que plantea el objetivo del empleo como un medio para la mejora de la calidad de vida de este colectivo y esto trae consigo la mejora de su pronóstico, de su salud.

2 - Es **innovador** desde el **ámbito de los propios agentes que lo promueven**: tanto agentes del sector privado con ánimo de lucro, como del sector o administración pública y del sector social sin ánimo de lucro (ONG) formando un nuevo contexto organizacional: Cuarto Sector.

3 - Es **innovador** por el propio **lugar en el que nace y en principio está implantado**. Este "Laboratorio Social" se instala en un marco geográfico muy concreto: el Parque Tecnológico de Bizkaia.

4 - Es **innovador** por combinar un **doble objetivo**: aumentar la empleabilidad de la personas con enfermedad mental, a la vez que se realiza de manera continua una labor de sensibilización ante la enfermedad mental.

Debilidades vs Fortalezas de la Iniciativa

Debilidades:

- Una coyuntura socioeconómica nada favorable con ausencia de contrataciones, recorte de ayudas a nuevos proyectos y dificultades presupuestarias de todos los agentes miembros de la iniciativa
- La ausencia de un soporte jurídico de la iniciativa. La presencia en Innovalan de entidades/miembros de carácter público imposibilita conformar una entidad que pueda optar a ayudas, o programas.

Fortalezas:

- La heterogeneidad de las entidades/miembros aportando flexibilidad y soluciones y propuestas desde prismas muy diferentes.
- El interés y la ilusión de los miembros de la iniciativa

– Contar con una realidad como Bioeskola que nos ayudará a demostrar que es posible, que Innovalan puede ofertar iniciativas sostenibles y de calidad.

CONCLUSIONES

Invertir en la integración laboral de las personas con enfermedad mental grave, trae consigo, la mejora de la calidad de vida de este colectivo, con un mejor pronóstico y evolución. En estos momentos podemos afirmar con satisfacción que, a pesar de las dificultades, la percepción de las personas que participan en el proyecto no puede ser más satisfactoria.

El espacio sociosanitario puede y debe ser “construido” por iniciativas locales, que vivan las problemáticas de primera mano. Desde el espacio de Salud Mental podemos y debemos liderar este tipo de proyectos. No podemos esperar a que otros lo hagan por nosotros.

Problemáticas multifactoriales como la inserción laboral de las personas con enfermedad mental grave exigen que sean abordadas multisectorialmente. Esto trae consigo que debemos favorecer la creación de espacios de trabajo común.

La alianza entre agentes del Tercer Sector, las diferentes administraciones públicas y el tejido empresarial, conforman el Cuarto Sector³, que puede funcionar como motor de propuestas innovadoras que den respuesta a problemas sociosanitarios.

No vivimos en una coyuntura socioeconómica favorable, y esto obliga a plantearse este reto como una carrera de fondo en la que se deberán combinar la pertinencia en los objetivos, con iniciativas innovadoras que abran nuevas vías de creación de empleo.

³ NIEVES PEÑA ¿Entendemos qué es El Cuarto Sector? www.innpulsos.com/2010/10/01/entendemos-que-es-el-cuarto-sector/

*La psicopatología comunitaria*¹

*Ramón Area Carracedo*¹

*Ramón Ramos Ríos*²

*Carmen Armas Barbazán*³

1 - Psiquiatra. Hospital psiquiátrico de Conxo. CHUS

2 - Psiquiatra. Equipo de continuidad de cuidados. Hospital psiquiátrico de Conxo. CHUS

3 - USM. Hospital Comarcal de Monforte

Correspondencia: ramon.area.carracedo@sergas.es

RESUMEN

Se presenta una reflexión acerca del concepto de psiquiatría comunitaria desde una perspectiva psicopatológica que incluya la dialéctica entre individuo y sociedad. Para ello, se hace indispensable pensar la psicosis desde la idea del habitar así como proponer las relaciones entre las posiciones de lo sufriente, lo disruptivo, lo deficitario y lo incomprensible con tres de los escenarios genéricos de la vida humana: la casa, el bazar y el trabajo.

1

Lo comunitario, en salud mental, se ha convertido en un concepto borroso. Ya en su origen era algo del orden de lo complejo, conformado por ideas diferentes y un tanto heterogéneas entre sí, algunas de las cuales han sobrevivido mientras que otras se han ido abandonando en el camino de la historia o se difuminaron al no pertenecer al territorio de lo preciso, forma dominante del saber actual.

Históricamente, la psiquiatría comunitaria tiene su origen en el pensa-

¹ Ponencia presentada en las Jornadas Interautonómicas de la AEN, Gijón 2016.

miento de Caplan² quien, en 1966, orbitó su propuesta para la salud mental alrededor de las ideas de prevención (primaria y secundaria), población en riesgo y crisis. En 1971, Hochmann³ incorporó a la noción de psiquiatría comunitaria un pensamiento de orden más social al señalar que siempre debe encararse al enfermo y a su medio, entendiéndolo como un conjunto que debe evolucionar de forma global. En Freudenberg⁴ encontramos una formulación similar pero con una morfología ya abiertamente reformista: las personas con trastornos psiquiátricos pueden ser más efectivamente ayudadas cuando viven con sus familias y amigos y son mantenidos por la sociedad en general.

Serban⁵ entendió la heterogeneidad subyacente al concepto de psiquiatría comunitaria. Señaló que se trata de un movimiento social, de una estrategia de suministro de servicios que prioriza su accesibilidad y globalidad, y que coloca el énfasis en los trastornos psiquiátricos mayores y en su tratamiento fuera de las instituciones.

En el presente, existen dos grandes ramales que sustentan el concepto de psiquiatría comunitaria. Para Tansella⁶ se trata de un sistema de cuidados dedicado a una población definida, basado en un servicio completo e integrado de salud mental. Y para Bennett y Freeman⁷, se puede considerar como una ideología o un posicionamiento ante un tipo de asistencia psiquiátrica determinada, con unas características que la diferencian de la atención tradicional a la enfermedad mental.

2

La historia del concepto de comunidad es diferente. En su origen, autores clásicos como Tönnies, Durkheim o Spencer contraponían comunidad y so-

² CAPLAN, G. Principios de psiquiatría preventiva. Edt. Paidós, 1966.

³ HOCHMANN, J. Hacia una psiquiatría comunitaria. Edt. Amorrortu, 1971.

⁴ Oxford Textbook of Community Mental Health. Edt. Oxford university press, 2011.

⁵ SERBAN, G. *New trends of psychiatry in the community*. Edt. Harper Collins, 1977.

⁶ THORNICROFT, G. TANSELLA, M. *La matriz de la salud mental*. Edt. Triacastela, 2005.

⁷ BENNETT, DH. FREEMAN, HL. *Community psychiatry*. Edt. Churchill Livingstone, 1991.

ciudad, siendo la primera el espacio de las relaciones interpersonales cara a cara, los afectos y la cercanía, mientras que la segunda se correspondería con lo racional, la modernidad y las relaciones formales. La idea de la que partirían las visiones más clásicas de la comunidad era idílica: homogénea, igualitaria, rural, cooperativa, basada en relaciones y lazos fuertes y cohesionados.

Los orígenes de la preocupación por la comunidad suelen situarse en una serie de experiencias en EE.UU. durante la transición del siglo XIX y XX *community organization* y *community development*. El primero: coordinación de las actividades de bienestar social y cooperación entre las agencias sociales públicas y privadas (ej. Consejo de bienestar comunitario, Pittsburg 1908). El segundo: realización de proyectos específicos dirigidos a lograr mejoras materiales y de organización de servicios (ej. colonias británicas durante los años 40).

Con la mayor complejidad de las sociedades, la idea de comunidad ha mantenido o recuperado el aspecto utópico de sus inicios. Por ejemplo, para Bauman (2003) frente a la sociedad, la comunidad sería el espacio de seguridad en medio de un mundo cada vez más inhóspito.

3

Tras los tiempos de desinstitucionalizar, de un gran número de pacientes internados en los manicomios y de la aspiración en el oficio de poder reintegrarlos a la sociedad, hoy la rehabilitación ha sido sustituido por otros significantes (empoderamiento, emancipación...) aunque sin que el debate y las prácticas hayan conseguido trascender en el imaginario de la salud mental el dilema de Scull⁸: abandono en la institución o abandono en la comunidad.

Ryle⁹ diferenciaba entre un saber práctico (saber cómo) de un saber proposicional (saber qué) y lo cierto es que, en las psicosis, casi nunca se produce una sincronía entre los dos tipos de conocimiento. Tal desincronía podemos ejemplificarla en:

⁸ SCULL, A. *Decarceration: Community Treatment and the Deviant: A Radical View*. Edt. Rutgers University Press, 1984.

⁹ RYLE, G. *El concepto de lo mental*. Edt. Paidós, 1967.

Anthony¹⁰: la rehabilitación es un concepto en búsqueda de método.

Saraceno¹¹: la rehabilitación es una práctica en espera de teoría.

La filosofía de la ciencia acostumbra a distinguir entre conceptos comparativos, clasificatorios y métricos. Los conceptos clasificatorios ubican un objeto o un hecho en una clase. Los conceptos comparativos permiten establecer relaciones entre hechos u objetos en función de una determinada propiedad. Los conceptos métricos asignan a un hecho u objeto un número o una magnitud.

“Psiquiatría comunitaria” y “comunidad” están formados por rasgos clasificatorios, métricos y comparativos.

Psiquiatría comunitaria:

Clasificatorios: prevención, crisis.

Métricos: servicios completos, universales e integrados.

Comparativo: Oposición frente a institución.

Comunidad:

Clasificatorios: identitario, relacional.

Métricos: geográfico, organizativo.

Comparativo: oposición a sociedad.

4

Lo comunitario ha sido en las últimas décadas un particular marco de referencia para el trabajo con las psicosis graves. Sus dominios, además de experiencias clínicas con dificultades claras para obtener una generalización definitiva, están relacionados con las normativas, las legislaciones y las declaraciones de principios, logrando avances incuestionables pero también con una cierta sensación de decrepitud, de agotamiento y con debilidades francas cuando se constituye en la alternativa a los modelos más biomédicos. En realidad, ninguno de los dos modelos ha realizado una apuesta por la clí-

¹⁰ ANTHONY, WA. *Psychologic rehabilitation*. *American psychologist*, 32, 658-662, 1977.

¹¹ SARACENO, B. “La rehabilitación entre modelos y práctica”. En: *Evaluación de Servicios de Salud Mental*. Asociación española de Neuropsiquiatría. Coord.: Víctor Aparicio Basauri, 1993.

nica: es como si, el desarrollo de una excelente red asistencial o los avances en los psicofármacos, pudieran contrarrestar las dificultades para la construcción de una psicopatología de las psicosis que permitiese albergar la aspiración ideológica y ética de un marco comunitario para su tratamiento.

Si intentásemos realizar una historia de una posible psicopatología comunitaria deberíamos retrotraernos a los primeros intentos de superación del manicomio, cuando ya se pusieron de manifiesto insuficiencias de calado en el saber clínico.

– Los diagnósticos estandarizados propuestos por las clasificaciones internacionales como la DSM o la CIE se revelaron como completamente incapaces de predecir las posibilidades de retorno o de permanencia de un paciente en la comunidad así como de orientar hacia el tipo de intervención necesaria. Apareció entonces una modificación en el saber clínico alrededor de la idea de cronicidad en las psicosis graves. El pensamiento de corte más biomédico construyó lo excepcional de lo crónico sobre la idea de *resistencia* mientras que la psiquiatría de orientación más comunitaria observó la cronicidad desde la noción de *intensidad*. Es decir, si en el primer caso se estableció la respuesta a la medicación neuroléptica como un atributo genérico de la enfermedad que determina la consecución de los objetivos planteados, lo intenso convoca a una serie de factores heterogéneos (pobre alianza terapéutica, mal soporte social, dificultades sociofamiliares...).

– En segundo lugar, no sólo la nosología sino también la psicopatología se reveló como un saber insuficiente: la situación psicopatológica de un enfermo no era un dato pronóstico válido ni con capacidad de predecir un futuro ajuste en autonomía e integración.

Si la enfermedad precisó ser calificada en relación a la resistencia o la intensidad, la psicopatología se dotó de algo ajeno al síntoma tal y como había sido entendido hasta ese momento. Comenzaron los análisis del llamado funcionamiento, que partían de la idea de poder descomponer la vida del sujeto en una serie de áreas vitales (autonomía, manejo de dinero, actividades básicas de la vida diaria, relaciones sociales) susceptibles de ser evaluadas con la finalidad de conocer con mayor precisión las dificultades particulares de un sujeto.

Esta clínica surgida desde la idea de una psiquiatría fuera del hospital psiquiátrico (la resistencia, la intensidad o el funcionamiento) ha determinado, en ocasiones, algunas consecuencias negativas. La resistencia ha conducido a la farmacologización, lo intenso ha podido desencadenar una fragmentación en la asistencia y la funcionalidad ha permitido retomar las pulsiones normalizadoras desbocadas del propio manicomio. En todo caso, además, estas modificaciones de la clínica no han permitido salvar, a mi parecer, los grandes hiatos de la clínica de las psicosis: síntomas, existencia, biografía y subjetividad.

5

La palabra lugar fue adoptada por la antropología para significar la ocupación de un territorio en la que están involucradas cuestiones como la pertenencia o la identidad. De manera característica posee un fuerte componente imaginario y aunque tienda a pensarse como cerrado, autocontenido, autosuficiente e inmutable, la realidad suele ser la contraria: un lugar siempre está en permanente contacto con el exterior, con múltiples y variables aportaciones, con límites cambiantes.

Para Augé¹², los lugares se caracterizan por tres rasgos principales:

- identificación: las identidades son una construcción cultural pero que precisan de determinados elementos para su naturalización.
- relacionales: de manera constante lo relacional se traduce en términos espaciales como la distribución, la posición, la extensión ocupada, las restricciones y las libertades de movimiento.
- históricos: en un lugar no se hace historia sino que se vive la historia. Los espacios humanos siempre están marcados por las gentes que los habitaron antes y sus acontecimientos.

Batjin¹³, de manera parecida a Augé, afirmaba que los lugares son *cronotopos*, entidades en donde el tiempo y el espacio se enlazan permitiendo el vivir, o, en otras palabras, realizar la propia biografía.

¹² AUGÉ, M. *Los no-lugares. Espacios del anonimato. Una antropología de la sobremodernidad*. Edt. Gedisa, 1998.

¹³ BATJIN, M. *Las formas del tiempo y del cronotopo en la novela*. Edt. Taurus, 1989.

Foucault¹⁴ utilizó el término *topía* en su reflexión del espacio antropológico. El espacio, se organiza en dicotomías: orden/anarquía, realidad/vacío, propio/ajeno, comunidad/aislamiento hasta erigirse en una de esas cosas sencillas que ordenan la vida, lo público y lo privado, lo familiar y lo social, lo cultural y lo utilitario, el ocio y el trabajo.

El concepto de lugar proporciona una aproximación a la idea de comunidad, entendida ésta como la manera en que el ser humano vive el espacio. Foucault, Batjin o Augé parecen entenderlo como una categoría existencial, un determinante universal en el que reposan cuestiones referentes a la identidad y a las relaciones. Respecto a las psicosis, las dificultades para el manejo del orden simbólico permitirían intuir una imposibilidad en el paso del *espacio* al *lugar*, si se quiere una dificultad con un parecido razonable a otras operaciones de corte metafórico como el par organismo-cuerpo o cerebro-mente.

6

Algunos planteamientos que entienden la idea de lugar como una categoría que engarza lo existencial y lo social proceden, específicamente, de la psiquiatría.

Saraceno y Rotelli¹⁵ propusieron la idea de escenario (casa, bazar, trabajo) como aquel lugar en los que debe realizarse cualquier proceso de rehabilitación. La lectura de su concepto de escenario lleva a pensarlos como morfologías espaciales básicas, universales, de marcado carácter narrativo y con un fuerte componente simbólico.

La casa es un lugar en donde, prioritariamente, aparecen aquellas actividades de carácter cíclico tales como dormir, comer, asearse, limpiar. Aunque lo cotidiano puede asimilarse con los aspectos banales de la vida social, Lefebvre indicó la centralidad de la cotidianeidad en la estructuración de procesos sociales más complejos al reproducirse y encarnarse en ellos la vida social.

¹⁴ FOUCAULT, M. *Des espaces autres. Architecture, mouvement, continuité* 5: 45-49, 1967.

¹⁵ SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Edt. Te corá, 2001.

El bazar es un lugar donde un sujeto se singulariza a través de la participación¹⁶. En él se ponen en juego todo un conjunto de simbolizaciones que abarcan las nociones de intercambio, de valorización, de transacción.

El trabajo es, según Rotelli, un escenario caracterizado por la creación de reglas, donde se instituyen prácticas de negociación, se articulan intereses, se estructura la actividad y el beneficio y se dota de sentido a la existencia.

7

El habitar, en cuanto singular relación activa entre el sujeto y el espacio, sustenta algunos elementos necesarios para metáforas imprescindibles en la identidad o en lo interpersonal: el aquí, los ejes espaciales (arriba/abajo, derecha/izquierda), la proximidad y la lejanía, el dentro y el afuera, lo lleno y lo vacío. La idea de habitar entiende el espacio como algo que es mucho más que permanecer en él, es existir, comportarse y actuar¹⁷. La propia fenomenología de la arquitectura y del habitar¹⁸ establece algo del orden del acto como esencia del espacio y por ello un lugar habitable siempre es también un contenedor de posibilidades¹⁹.

Iván Illich²⁰ identificó, alrededor de la idea de habitar, cinco ideas que determinan las aperturas del sujeto en el espacio:

- huella: el habitar tiene que ver con una huella en la realidad de aquello que es biografía.
- recorrer: el habitar tiene que ver con ocupar físicamente pero también personalmente un espacio.
- comprender: el habitar implica un entendimiento de todo aquello en lo que vivimos.

¹⁶ ROTELLI, F. *La práctica terapéutica fra modello clinico e riproduzione sociale*. Edt. Cooperativa centro di documentazione editrice, 1986.

¹⁷ EKAMBE-SCHMIDT, J. *La percepción del hábitat*. Edt. Gustavo Gili, 1974.

¹⁸ PALLAASMA, J. *Identity, intimacy and domicile: notes on the phenomenology of home. The concept of home: an interdisciplinary view*. Disponible on line: http://www.uiah.fi/studies/history2/e_ident.htm

¹⁹ PENNARTZ, P. "Home: the experience of atmosphere". En Cieraad, I (ed): *At home: an anthropology of domestic space*. Syracuse University Press, 95-106, 1999.

²⁰ ILLICH, I. *Obras reunidas*. Edt. Fondo de Cultura Económica, 2006.

- convivir: el habitar supone asumir que el lugar que ocupamos es un lugar común y compartido.
- construir: habitar es también la modificación del espacio por la acción de las personas.

8

Cualquier intento de una psicopatología comunitaria debería establecer las maneras de habitar de la psicosis, sus dificultades pero también la organización social o terapéutica del espacio. Lo comunitario pasaría así a ser entendido fundamentalmente como acción, como forma verbal que imbrica sujeto y lugar, en el intento constructivo de un simbolismo relacionado con la identidad, la pertenencia, lo relacional, lo comprensivo y lo biográfico.

Desde estas consideraciones, podrían señalarse cuatro grandes maneras de habitar en la psicosis. No estoy hablando de diagnósticos sino de las formas en que sujeto, espacio y comunidad pueden articularse.

1. Sufrimiento, donde el habitar toma la expresión de un malestar subjetivo, como ansiedad, angustia, irritabilidad.
2. Disrupción, donde el habitar se caracteriza por un paso al acto que quiebra el lazo con el lugar y con las personas que lo ocupan.
3. Déficit, donde el habitar toma la forma de la rendición, de la imposibilidad.
4. Indescifrabilidad, donde el habitar pierde la posibilidad de constituirse como una relación de sentido compartido.

La cualidad estructural del habitar debe ser puesta en relación con la cualidad estructural que, a su vez, posee la idea de lugar. Y es en este punto donde puede establecerse un intento de una psicopatología desde una perspectiva comunitaria.

1. Lo deficitario surge cuando el habitar toma una dimensión de exigencia hacia el sujeto. Los espacios son geografías del reto, de dificultades, de exigencias.

La estructura psicótica puede expresarse en síntomas que expresen un apartamiento, una retirada del mundo neurótico del desafío y las obligaciones.

Encontramos sobre todo las abulias o las apatías, esas sutiles pérdidas de iniciativa que son de difícil descripción y que se depositan en una organización imprecisa.

La construcción de espacios terapéuticos varía desde el espíritu de la suplencia al espíritu de la rehabilitación. En numerosas ocasiones, además, suelen estar caracterizados por la rigidez, lo institucional y lo estereotipado. Por ello, el habitar deficitario con frecuencia se presenta no solamente como una incapacidad silenciosa en un sujeto en retirada, sino como formas mixtas tras ser añadidos impulsos normalizadores por quienes lo rodean, adoptando narrativas de abandono, sobreprotección o fracaso.

En el escenario casa se representan todas las maneras posibles de instituirse los cuidados cotidianos y, por lo tanto, en él se despliegan dificultades pertenecientes al orden del cuerpo, lo alimentario, el sueño... Además, cualquier comunidad podría ser cartografiada de acuerdo a las diferentes posibilidades residenciales, cuáles prioriza y cuáles desestima, desde las más asilares a aquellas que privilegian el domicilio de las personas como lugar de recuperación.

El bazar es el escenario de lo relacional, de los contactos, la cháchara o la conversación, de la presencia del otro. En él quedan a la vista las imposibilidades, los retraimientos, los aislamientos o las posiciones más autistas. Para cualquier escenario de recuperación siempre debe precisarse la amplitud relacional y temática, ya que estos bazares terapéuticos tienden ser de lo más específico (que en ocasiones toman la forma de lo más especializado) alejándose de lo generalizado y lo mundano.

En el escenario del trabajo, el habitar deficitario se muestra sin posibilidad de beneficio, sin voz ni voto en las prácticas de negociación y articulación de intereses, como una actividad restringida a lo motor y sin un lazo social que la acompañe.

Los escenarios terapéuticos tienden a perpetuar estas ausencias y una psicopatología comunitaria siempre debería considerar cuáles son, para una comunidad dada, las políticas activas de empleo, las empresas de trabajo normalizado, la atención vocacional, las posibilidades de apoyo in situ.

2. Lo sufriente surge cuando el habitar toma una dimensión de daño. Los espacios tienden a ser comprendidos como factores de riesgo o como factores de protección, los primeros, por ejemplo, se han relacionado con los estilos comunicacionales, con el estrés, con la densidad de población. Para los segundos, se suele recurrir a esa idea de comunidad próxima a lo utópico que surge fundamentalmente por contraposición al concepto de sociedad.

La estructura psicótica expresa síntomas de la esfera de la angustia con el telón de fondo de la persecución o la desintegración que rompe las leyes entre el dentro y el afuera del sujeto. Su forma tiende a ser invasiva, con muchas dificultades para la contención desde el sí mismo y desde la relación, con una falla en la descripción de lo que acontece y en los intentos de capturar el sufrimiento a través de una palabra que lo encierre o a través de la comprensión de otro.

El escenario de la casa comprende todos aquellos espacios que se relacionan con la idea de refugio en una suerte de geografía de la figura materna. Así, frente a la inseguridad, la vulnerabilidad, el peligro y, en general, el desamparo, la protección se escenifica irguiendo un lugar seguro.

Los escenarios terapéuticos conforman unas arquitecturas que podríamos tipificar como *lugares de acogida*, que pretenden proteger de un exterior amenazante con dos consecuencias demasiado frecuentes: una cierta infantilización justificada en el “es por tu bien” y una tendencia a la uniformización a través de la victimización.

El escenario bazar comprende aquellos espacios que se relacionan con la idea de grupo. En el fondo, tiende a reflejar los niveles de tolerancia y de contención comunitarios hacia los sufrientes y la propia idea de red proporciona algunas características importantes de estos escenarios desde un punto de vista terapéutico: tienden a situarse en redes progresivamente que segregan sus nodos hasta constituirse en lugares hiperdiseñados para el apoyo y la contención de ansiedades. En el fondo, siempre hay un latir de lo institucional que perfunde lo asociativo cuando el bazar deja de ser un bazar social y se convierte en un bazar sectorial.

El escenario trabajo desde el habitar sufriente puede ser descrito de acuerdo

a las formas de exigencia requeridas para adquirirlo y conservarlo. Estos escenarios siempre dan una cierta medida de la dureza psicológica exigida a sus habitantes, esa es la variable que introduce la empleabilidad en las psicosis. El habitar sufriente siempre es susceptible de ser investido de mayor o menor debilidad de acuerdo a las voluntades políticas respecto al empleo. Las adaptaciones, que por naturaleza son un equilibrio entre sujeto y sociedad, dejan, en demasiadas ocasiones, a la psicosis en una situación precaria respecto a un elemento imprescindible para el estatuto de ciudadanía como es la empleabilidad hasta transformarse en un escenario vacío que abre todo un simbolismo de inutilidad, desperdicio, residuo.

Los escenarios terapéuticos del trabajo en demasiadas ocasiones toman la apariencia de lo ocupacional, del entretenimiento. El sufriente se ocupa o es ocupado para distraerse, para olvidarse de sí, para no pensar... obviando la naturaleza bidireccional del uso, lo imprescindible de la negociación respecto al valor que se articula en el trabajo.

3. Lo disruptivo surge cuando el habitar se articula a través de la norma. La norma es entonces la ley de lo normal y, por ello, los espacios se construyen desde las geografías de lo prohibido, de lo permitido, de lo obligado.

La disrupción en la psicosis puede corresponderse a síntomas muy diferentes entre sí. Por ello la mirada al síntoma desde la mera conducta corre el riesgo de obviar al sujeto pero también de tomar por lo mismo lo que es radicalmente distinto. Existen disrupciones que se encuadran en la dinámica del delirio. En ocasiones, la disrupción es la quiebra, a través de un acto, del lazo con el otro, con la comunidad, en una búsqueda de aislamiento que no posee mayor simbolismo que la destrucción como la manera de mantener la precaria identidad del yo. Pueden también aparecer los síntomas más *borderline* en los que, a través de la disrupción, asoma la metáfora de lo que está en juego: el corte en la piel, la rotura de los enseres domésticos, de un escape, de las ropas o la documentación de los progenitores.

En general, lo que acontece en los escenarios del habitar disruptivo tiende a ser leído desde lo agudo a pesar de que suelen contener dinámicas de muy larga duración.

La casa es el escenario de la convivencia en donde estalla el conflicto alrededor de la dependencia: la supervisión, la emancipación, la infancia insuficiente... y en ella el habitar disruptivo perpetúa la manera en que se instauró y se cronificó el lazo con el otro. Se trata también de escenarios en donde se normativiza el *habitus* de la comunidad: los ruidos, las basuras, los olores...

Los escenarios terapéuticos habitualmente toman la forma de lo neoeducativo, lo correccional, si se prefiere: uno no ha de ser solamente normal, sino sobre todo parecerlo.

El bazar en lo disruptivo tiende a la búsqueda de una reparación de la identidad a través de lo marginal. Grupos, códigos, pandillas... articulan otros tipos de normas que pueden satisfacerse parcialmente y permitir espacios para los falsos *self*.

Los espacios terapéuticos suelen tomar la forma de la conversión, el cambio radical, la iluminación que reintegre al sujeto en la norma y cree el sujeto psicoeducado.

El trabajo en el habitar disruptivo pone en juego la cuestión del compromiso, de la interiorización de la norma y de la posibilidad de articular intereses en relación al deseo en un escenario de reglas, jefes y empleados.

Los escenarios terapéuticos poseen en muchas ocasiones una lógica del precapitalismo, edificándose lugares en donde los pagos cumplen una doble función de refuerzo: el rendimiento y la aceptación/rendición. Lo cierto es que los programas de empleo acostumbra a ser muy conservadores en el proceso de incorporación laboral, proponiendo un camino muy progresivo y regulamentado: actividades ocupacionales, talleres de búsqueda de empleo, programas para el desarrollo de habilidades necesarias y, en el final de un camino al que pocas veces se llega, el empleo.

4. En lo indescifrable, debemos entender el habitar como una falla en la cuestión del sentido. Los lugares son espacios en los que anclar y naturalizar una narrativa común que determina lo que está por fuera de la normalidad ciudadana. Se trata de una determinación de lo *aceptable* en los

términos narrativos y el establecimiento de los *sentidos prohibidos*. El espacio intervenido por el sujeto pasa a ser algo que cuenta cosas de los demás, de sí mismo, del mundo.

La estructura psicótica porta ese desgarramiento entre lo que la desencadena y lo que narra. Jaspers hablaba de lo explicable y lo comprensible para distinguir paranoia de esquizofrenia. Sin embargo, parece necesaria otra nomenclatura. Lo *cifrado* creo trazaría una mejor correspondencia con las posibilidades de ayuda a las psicosis al incorporar la idea de lo radicalmente personal y considerar una hermenéutica situada en la única, azarosa y singular edificación del sujeto desde su estructura.

La casa en lo indescifrable es un último lugar de entendimiento. Como escenario, pretende que la cercanía sea la fuente principal de comprensión aunque la casa también funcione como lugar de exilio en donde situar lo que no se entiende: “en su casa, que haga lo que le da la gana”.

Los escenarios terapéuticos tienen la pretensión de reforzar la adhesión a la ley desde el consenso o la mayoría, otorgándole a lo cotidiano un sentido de norma pactada como si la locura pudiera plegarse a los procesos deliberativos propios de una comunidad de vecinos.

El bazar, desde la perspectiva del sentido, es un lugar en donde las certezas deben ser disimuladas, en donde se juega al relativismo y las cuestiones de poder siempre se revisten de sobreentendidos y mensajes doble vinculantes. Así son, por ejemplo, los escenarios del bien común en los que tiene poca cabida el discurso indescifrable pero también la presentación desnuda de una certeza. Ahí la psicosis se sale del escenario del mercadeo, del establecimiento de una verdad en la que se mezcla la persuasión, la negociación, el diálogo, la oratoria.

Por ello, los escenarios terapéuticos tienden a erradicar la certeza, hablan de conciencia de enfermedad o proponen narraciones sobre la locura que reposan en la metáfora de la enfermedad física.

El trabajo conforma escenarios en el habitar indescifrable en los que instaurar lo mecánico, lo automático. El desempeño, desde el sentido común, aspira a la mejor manera de hacerlo por todos los sujetos posibles, frag-

mentando el sentido como acontece en una cadena de montaje.

Los escenarios terapéuticos se construyen desde esta mecánica, desde la repetición cotidiana que estructure y ordene al alienado. Otros escenarios laborales, vinculados con lo creativo, lo singular, lo artesanal, son mucho menos frecuentes.

CONCLUSIONES:

- Para la psicopatología comunitaria, el síntoma siempre es el resultado de una dialéctica entre sujeto y sociedad.
- La psicosis es una estructura del habitar, entendido éste como un estar en el mundo que implica cuestiones relativas a lo identitario, a lo relacional y a lo histórico-biográfico.
- En el habitar pueden diferenciarse cuatro grandes posiciones relacionadas con la estructura psicótica: déficit, sufrimiento, disrupción e incomprendibilidad.
- A través del concepto de habitar es posible suturar los grandes hiatos en la clínica de las psicosis: síntoma, existencia, subjetividad, biografía.
- Un escenario debe entenderse como aquellas configuraciones en las que, en la mayoría de las sociedades, se representan y se simbolizan las principales articulaciones entre sujeto y espacio.
- El análisis psicopatológico de las psicosis desde una perspectiva comunitaria debe considerar las formas del habitar en los escenarios de la casa, el bazar y el trabajo.

*Rosalía e a psiquiatría galega (Espazo Conxo)**

Emilio González Fernández. Psiquiatra. Doctor en Antropoloxía Social
Santiago de Compostela

Correspondencia: ramon.area.carracedo@sergas.es

*Este texto foi publicado previamente en: González Fernández E. "Rosalía e a psiquiatría galega (espazo Conxo)", *Terra de Outes*, 2013, núm. 22, abril-junio 2013, p.12.

Pasaron anos, trinta e seis, dende que un servidor escribira sobre a importancia de Rosalía para a psiquiatría galega. Daquela cometín algúns erros que outros copiaron.

O manicomio de Conxo inaugúrase o día 1 de xullo de 1885, pouco antes de finar Rosalía. Mais ata o 19 do mesmo mes non acolle o “primeiro tolo” oficial.



Xelmírez funda o Monasterii de Canogio entre 1106 e 1129. Desa primeira obra só se conserva parte do claustro románico. Unhas monxas (non se sabe de que tipo) ocupan este espazo durante 300 anos. A grande finca de máis de un cento de hectáreas vaise enchendo con todo tipo de árbores, cultivos, xardíns e viveiros de peixes no Sar.

No 1482 establécense neste espazo os mercedarios. O vello mosteiro medieval renóvase no século XVII para poder acoller novizos. No 1835, por mor da exclaustración, os frades teñen que deixar Conxo, onde non comezan a retornar ata 1881.

Dende 1862 xa se pensaba neste lugar como axeitado para o primeiro manicomio galego. Logo de tímidos intentos do poder civil (estatal e provincial) para crear a institución, vai ser o poder eclesiástico (o cardeal Payá) quen o leva a cabo. Durante moitos anos Conxo xéralle importantes beneficios económicos á igrexa compostelá e a uns “caritativos” prestamistas-accionistas.

Os mercedarios teñen que irse, ou “fuxir” como desterrados para Poio o 17 de xuño de 1890. En 1969 o cardeal Quiroga ten que vender á deputación coruñesa o manicomio e a inmensa finca por pouco máis de cincuenta millóns de pesetas.

Diferentes miradas que se foron construíndo sobres estas grandes estruturas asilares. A de Rosalía e os seus contemporáneos imaxinaron o manicomio como o espazo que lle devolveu a humanidade á loucura; unha auténtica obra filantrópica.

Espazo social e espazo simbólico. Rexeitado pola tradición crítica occidental, o simbólico retoma na teoría de Bordieu o lugar central que o racionalismo lle arrebatara torpemente.

Na historiografía actual segue tendo moito peso a interpretación, encabezada fundamentalmente por Foucault, que considera o manicomio como un instrumento do Estado para silenciar aos que (pola maneira de pensar, sentir e comportarse) cuestionaban ou ameazaban os valores das clases dominantes. Vixiar e coidar a perigosos e diferentes. Espazo de exclusión. Para este autor o poder sempre vén acompañado de resistencia.

Desa resistencia temos abundantes exemplos na historia do manicomio e do concello (hoxe barrio) de Conxo.

Emerxe Conxo (manicomio) como unha institución ao servizo da igrexa compostelán que loita eficazmente contra a secularización social e as ideas liberais. Segundo Barreiro Fernández, en 1884 había en Santiago 49 igrexas, nas que se celebraban 85 novenas solemnes, 508 funcións e 68.000 misas durante aquel ano.

O Banquete celebrado na carballeira de Conxo o dous de Marzo de 1856 tivo unha enorme importancia e transcendencia na historia da Galicia. Despois da represión que seguiu á derrota de 1846, o Banquete supuxo unha nova posta en pé do sentimento liberal e democrático da Galiza, sempre ligado á reivindicación da súa identidade histórica. Practicamente todos os historiadores recentes avalan a presenza de Rosalía nese Banquete. Imos pois vendo como Conxo é un espazo privilexiado tanto para o discurso cultural galego como para a historia da psiquiatría galega e española.

Rosalía non naceu en Santiago, senón no concello de Conxo, nunha casa que xa lindaba coa cidade. No ano 1913 o Concello de Conxo puxo unha placa nesa casa. Daquela era o lugar de As Barreiras. En 1925 Conxo é anexionado a Santiago e pronto desapareceu a devandita placa. Anos despois a casa foi derrubada. Estaba situada no que hoxe é praza de Vigo. O antigo Camiño Novo de Santiago (en Conxo había outro) cos anos denominarase Avenida de Rosalía de Castro.

Ata non hai moito a narrativa de Rosalía quedou bastante esquecida quizais por estar a maioría escrita en castelán. No ano 1881 publica *El primer loco (cuento extraño)*. En gran parte ambientada en Conxo. Rosalía seica gustaba de escribir no claustro e pasear pola finca. Ao ano seguinte comezan as obras para adaptar o vello mosteiro a manicomio. A novela vén sendo unha alegoría da frustración amorosa. Pero, é moito máis. Encaixa perfectamente no que Rancière reconece na literatura: unha capacidade para investigar nas marxes e aprender a ler os síntomas da historia.

Entra de cheo na dilatada polémica da necesidade dun manicomio en Galicia, para que os pacientes non teñan que seguir emigrando a manicomios

de lonxe (fundamentalmente o de San Boi na provincia de Barcelona e o de Valladolid): “ ¡Pobres dementes! ¡Tener que dejarles vagar errantes por calles y caminos, hambrientos y desnudos, o arrancarles de su hermoso país para llevarles a más ingratos climas, entregándoles a extrañas manos, sin que los que les aman puedan velar por sus tristísimas existencias!”.

Ademáis, en contra do que pensan a maioría dos ilustrados da época, Rosalía, con claridade meridiana, centra o problema da superstición como algo fundamental dos humanos. Nesta novela, tamén podemos ver un diálogo entre cordura e tolemia. Un novo Quixote do século XIX. Ao refirse á razón, resulta ser unha precursora das correntes antipsiquiátricas dos anos setenta que tanto axudaron á superación do manicomio.

O poema "Los robles", publicado por vez primeira no xornal arxentino La Nación Española o 1-3-1883 (no 1884 aparece no libro “En las orillas del Sar”) é unha denuncia da masiva tala de carballos e outras especies que levaron a cabo os mercedarios, no 1882, para acometer obras no deteriorado mosteiro. Rosalía ecoloxista, ou romántica alianza entre natureza e cultura?.

No ano 1897 xa se produce unha folga de carpinteiros do Manicomio de Conxo. No 1933 (entre xullo e outubro) a Sociedad de Camareros y Empleados del Manicomio de Conxo (CNT) comeza unha prolongada folga que remataría con folga xeral en Santiago. De momento triunfaron os traballadores (readmisión de despedidos e mellora na xornada laboral e nos salarios). O levantamento militar do 36 facilitaría que practicamente todos os activistas fosen despedidos entre o 36-37.

No último ano do ditador (1975), en xuño-xullo, novo conflito. Folga xeral do persoal do psiquiátrico. 15 médicos fomos despedidos...

Lonxe de psiquiatrizar a Rosalía (como fixeron prestixiosos psiquiatras e médicos humanistas galegos) queremos salientar a transcendencia da narrativa rosaliana no eido da teoría das emocións e do espazo. O espazo organiza as emocións. Semella sentimental, pero iso significa limitar as interpretacións. Como subliña Rábade Villar, non podemos quedarnos só coas canónicas interpretacións lingüísticas, sociolóxicas, nacionalista ou de xénero. Máis aló de morriña, saudade, etc. a historia sentimental dos personaxes tamén é unha historia política.

A discusión foucaultiana quere repensar o social á luz do espazo. Neste sentido a narrativa de Rosalía, e en concreto “El primer loco”, é unha peza mestra. Estamos diante dunha linguaxe organizada no espazo en vez de no tempo. Non deixa de admirarnos a súa capacidade para romper moldes. Se, a maiores de Foucault, contemplamos as achegas de Deleuze, Serres, Harvey e Soja, a “Senhora da Saudade e da Melancolía” como lle chamou o poeta portugués Teixeira de Pascoaes, é unha autora do século XXI, unha activista política.

Para rematar, a finca de Conxo serviu, en 1924, para rodar exteriores da primeira película “La Casa de la Troya”, na que hai quen asegura que participou Castelao. A ver os xardíns do manicomio tamén acude Federico García Lorca, como alumno da universidade de Granada. Foi no 1916. Asina, como “Federico García Lorca, alumno” no libro de honra do manicomio. Este libro non se sabe onde foi parar dende que o ano pasado levaron o arquivo do manicomio de Conxo á Cidade da Cultura.

*El Dr. Joseph Durand De Gros y el caso del hombre lobo blanco Romasanta (1853). ¿Un “braidista” en la corte de Isabel II?**

*David Simón Lorda*¹

*Xaqueline Estévez Gil*¹

*María Victoria Rodríguez Noguera*²

*Mónica Minoschka Moreira Martínez*²

Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario de Ourense (CHUO).
Servizo Galego de Saúde

1 - Psiquiatra.

2 - Médico Residente de Psiquiatría CHUO

Correspondencia: david.simon.lorda@sergas.es

* Este artículo fue previamente publicado en el libro coordinado por João Rui Pita y Ana Leonor Pereira (eds.), “VI Jornadas Internacionais de História da psiquiatria e saúde mental” (2016). Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra-CEIS20 / Grupo de história e sociologia da ciência e da tecnologia – GHSCCT, e Sociedade de história interdisciplinar da saúde – SHIS. ISBN: 978-972-8627-64-5.

RESUMEN

En la región de Galicia (España) entre 1852 y 1854 hubo un proceso en el que el lobishome Manuel Blanco Romasanta, fue juzgado en Ourense y en el Tribunal Provincial en A Coruña. En la decisión del Tribunal, y en el destino final del caso, hubo un personaje clave, llamado Dr. Philips, "profesor de electrobiología". Este Sr. Philips fue el médico francés José Durand de Gros (1826-1900), que tuvo que exiliarse debido a sus ideas políticas furrieristas. Él era un seguidor y divulgador del braidismo (precursor del hipnotismo). Proponemos posibles conexiones sobre que recibió sus hipótesis

sobre el caso del hombre lobo que había en la corte de Isabel II y el Madrid durante la primavera y el verano de 1853. Para el trabajo, hemos utilizado fuentes archivísticas (archivo histórico provincial Ourense) y revisión de la literatura sobre el caso, así como de la licantropía y de la psiquiatría española y gallega de mediados del siglo XIX.

Palabras clave: Siglo XIX, braidismo (pre-hipnotismo), licantropía, biografía, espiritismo

ABSTRACT

In the region of Galicia (Spain) between 1852 and 1854, there was a trial where the werewolf Manuel Blanco Romasanta, was judged in Ourense and in the Provincial Court of A Coruña. In the court decision and final destination of the case there was a key actor named Dr. Philips, "professor electrobiology". This Mr. Philips was the French physician Joseph Durand de Gros (1826-1900), who had to go into exile because of his political ideas Fourierists. He was a follower and popularizer of braidism (precursor of hypnotism). We propose possible connections about receiving their hypotheses about the case of the werewolf had in the court of Isabel II and Madrid medicine during spring and summer of 1853. For the work, we have used archival sources (Historical Archive provincial Ourense) and review of literature about the case as well as lycanthropy and the Spanish and Galician psychiatry mid-nineteenth century.

Keywords: S XIX, braidism (pre-hipnotism), lycanthropy, biography, spiritism.

INTRODUCCIÓN, EL CASO DEL HOMBRE LOBO BLANCO DE ROMASANTA (1853-1854) Y EL DR. PHILIPS

En el año 1853, un hombre es juzgado a lo largo de un proceso judicial que se extiende a diferentes localidades de Galicia (Allariz-Ourense y A Coruña). Se le acusaba del asesinato y desaparición de varias personas. En su defensa alegaba que su conducta respondía a un instinto fatal que lo llevaba

a cometer crímenes al convertirse en lobo. Sucede en los años del reinado de Isabel II, la cual además intervendrá en el proceso judicial en el cual va a desarrollarse el caso del único “hombre-lobo” procesado por la justicia ordinaria en España. Licántropo, hombre lobo o “lobishome”, que es como se le denomina en lengua gallega... Ya ha habido numerosos trabajos¹ en torno a este caso, pero hoy queremos presentar y ampliar algunas cuestiones hasta ahora no bien aclaradas en torno al proceso judicial y a la intervención de un curioso personaje, el Dr. Philips.

El supuesto hombre lobo se llamaba Manuel Blanco Romasanta, de 42 años de edad en aquel momento, y natural de Santa Baia de Esgos (Ourense). Se dedicaba a la venta ambulante entre Galicia y Portugal, además de ser un gran conocedor de los bosques de la región y ayudar a los viajeros a atravesar las montañas desde Galicia a León, Asturias y Cantabria.

El juicio dura aproximadamente un año, tras el cual, el 6 de abril de 1853 se emite una sentencia de muerte por el juez de Allariz, que lo condena a garrote vil y a una indemnización de 1000 reales por cada víctima. Todo ello pese a que no se hallaron los cuerpos de algunas víctimas, y otras se supo que habían sido asesinadas por lobos auténticos.

Un hipnólogo francés (Mr. Philips) había seguido el caso del Hombre-Lobo a través de una noticia publicada en un periódico francés que a su vez se hacía eco de otra publicada en El Clamor Público (A Coruña) dando datos del caso. Este profesor Philips, decide dirigirse por carta al ministro de Gracia y Justicia en Madrid pronunciándose sobre el caso.

Monsieur Le Ministre,

La libertad que me tomo en este momento de dirigirme a Vuestra Excelencia, tiene por objeto detener, si es tiempo aún, la mano de la Justicia Española pronta a caer sobre un desgraciado que tal vez no es sino la primera víctima de un estado de enagenación [...]

Manuel Blanco Romasanta, condenado a muerte por el Tribunal de Allariz, (Provincia de Toledo), como culpable de haber consumado con los dientes y sin el auxilio

¹ SIMON (2005), DOMÍNGUEZ & BUSTILLO (2013).

*de ninguna arma el asesinato de varias personas para comer después sus carnes palpitantes [...]*²

En ella afirmaba que Romasanta era un “afectado de una monomanía conocida como licantropía”, y que “debido a un desorden de las funciones de su cerebro no era responsable de sus actos”. Afirmaba este hipnólogo que a través de la hipnosis él mismo había tratado esa enfermedad con alguno de sus pacientes, por lo que solicitaba a la Corte española que no se ejecutase la sentencia y que se le permitiese estudiar el caso.



Hipnólogo y licántropo (modificado de dibujo de Daumier).

Aunque este hipnólogo nunca llegó a viajar a España ni examinó al hombre-lobo, lo cierto es que sus apreciaciones influyeron en el destino final del mismo. La propia reina Isabel II, informada por la carta del Dr. Philips al ministro de Justicia, intervino en el caso del hombre-lobo de Allariz, ordenando en julio de 1853, pocos días después de la llegada de esa misiva de Mr. Philips a Madrid que:

"En caso que recaiga sentencia que cause ejecutoria de pena capital, suspenda la ejecución e informe manifestando el resultado que produzcan las investigaciones

² Tomado de <http://www.ourensedixital.com/romasanta/20/index.htm#>

científicas a que pueden dar lugar los citados documentos. Lo que digo a V.I. de Real Orden para su conocimiento y efectos consiguientes,..."³

Finalmente fue conmutada la pena de muerte por cadena perpetua mediante una Real Orden del 13 de mayo de 1854.

Hasta el año pasado no se conocía el destino final de Romasanta, y los diversos investigadores que se habían acercado al caso, barajaban la posibilidad de una fuga o una muerte en alguna cárcel de Galicia. Sin embargo los investigadores ourensanos Castro Vicente descubrieron en 2013 que falleció en 1863 en el penal de Ceuta en donde cumplía su condena de cadena perpetua⁴.

Recientemente ha sido citado el caso de Blanco Romasanta en una revisión que ha realizado Jan Dirk Blom acerca de la licantropía. En este excelente trabajo, publicado en *History of Psychiatry*, sin embargo, maneja referencias antiguas y fuentes parciales acerca del caso y lo llevan a afirmar que fue condenado a muerte, cosa que ya hemos visto que no ocurrió así.

EL DR. PHILIPS Y JOSEPH PIERRE DURAND DE GROS

Ya en 2005 (Simón, 2005), apuntamos la posibilidad de que Mr. Philips, el famoso hipnólogo (profesor de Electro-biología) hubiera sido con mucha probabilidad Joseph-Pierre Durand de Gros (1826-1900), pero no teníamos a aquellas alturas datos fiables ni bibliografía que lo constatará.

Recientemente pudimos conseguir el libro de Jean-Michel Cosson, "La Trilogie Durand de Gros, apôtres de la science et martyrs de la liberté" (Rodez- Aveyron-Francia, 1993), dedicado al estudio de la familia Durand de Gros ("Apóstoles de la Ciencia y mártires de la libertad"), podemos afirmar que estábamos en lo cierto, y confirmar aquella hipótesis.

En el libro de Cosson se detalla cómo Durand de Gros esperó en vano durante un tiempo en Marsella a ser llamado por la Corte española para poder

³ "Real Orden de 24 de Julio de 1853". ARCHIVO DEL REINO DE GALICIA, Legajo 1.788) (Tomado de <http://www.ourensedixital.com/romasanta/20/index.htm>).

⁴ Noticia en *El Faro de Ceuta*, 12 de enero de 2013.

reconocer al Hombre-lobo Blanco Romasanta tal y como había sugerido/solicitado por carta a la Reina Isabel II en julio de 1853...

Pese a que la Reina Isabel II ordena que se realicen las investigaciones científicas que sugiere Dr. Philips (Durand de Gros), lo cierto es que nunca lo llamaron a España. Su misiva desde Argel, sin embargo, cambió el destino inmediato de Manuel Blanco Romasanta o al menos lo recondujo en ese momento procesal⁵.

Los investigadores ourensanos Castro Vicente nos facilitaron hace unos meses un ejemplar de la obra de Durand de Gros titulada «*Electrodynamisme vital, ou les relations physiologiques de l'esprit de la matière démosntrées par des experiences entièrement nouvelles et par l'histoire raisonnée du système nerveux*» (1855), y que publica justo un par de años después de todos los acontecimientos del juicio de Blanco Romasanta.

Portada libro *Electrodynamisme vital...* (1855).



Archivo particular Castro Vicente (Ourense).

En el texto hace claras referencias a las noticias que tuvo sobre “L’Anthropophage Galicien”, “Manuel Blanco”, “L’Homme-Loup” a través del periódico *El Clamor Público*. Ya un par de años antes, en 1853, en la revista

⁵ Todos los aspectos del juicio ya han sido recientemente analizados por autores como Pepe Domínguez, Roberto Bustillo, Antonio Roma o los hermanos Castro Vicente...en DOMÍNGUEZ & BUSTILLO (2013).

Journal du magnetisme, publica una breve carta al director de la revista (Barón du Potet) en donde discutía y defendía las mismas argumentaciones y observaciones que hace en la carta que dirige a la corte de Isabel II.

LA FAMILIA DE DURAND DE GROS ("*Apóstoles de la Ciencia y mártires de la libertad*")

Joseph-Pierre Durand de Gros (1826-1900) fue un personaje entusiasta de la Medicina, de la Fisiología y la Filosofía. Asimismo fue un activo defensor de la justicia social. Su devenir biográfico se vio complicado por su marcha al exilio de Francia en 1851, motivado por causas políticas tras el golpe de Estado de Napoleón III en Francia. El activismo de su familia en el campo del naciente socialismo utópico en la zona de Aveyron fue el motivo de su exilio.

Su padre Joseph Antoine Durand de Gros (1792-1869), fue abogado que se dedicó al cultivo de sus tierras en la zona de Rodez-Aveyron, pero era un agrarista-cooperativista, divulgador de las ideas de Saint-Simon y de Charles Fourier. El padre de Durand de Gros tuvo que escapar de Francia y exiliarse en Argel entre 1851 y 1857. Su hijo, el médico Joseph Pierre, también tuvo que marchar al exilio por igual causa. Pronto adoptará el nombre de Mr. Philips/Dr. Philips, bajo la apariencia de ser un hipnólogo venido de los Estados Unidos, lugar adonde llegará a viajar finalmente y permanecer unos años (de 1855 a 1857).

Mr. Philips (Joseph Pierre Durand de Gros), en su periplo vital durante los años de exilio, recorrerá varios países... irá a Argel, a Marsella, a Suiza, a Bruselas, a París y también a Estados Unidos como ya antes apuntamos. Regresa a Francia posteriormente. Firmará libros como Mr. Philips hasta 1866 (al menos). Tras la muerte de su padre, regresa a la casa natal en Gros continuando la labor de su padre en la gestión de sus tierras, pero sin descuidar su labor científica ni su participación política siempre ligada al fourierismo en Aveyron. Llega a ser concejal en Rodez-Aveyron en 1874, pero fracasa en su elección al Senado en 1892.

Pero no solo acaba aquí el activismo y militancias políticas por parte de la familia Durand de Gros. La hija de Joseph Pierre fue Antoinette Durand de Gros (1864-1924), más conocida como la "Madame Sorgue" o "Cito-

yenne Sorgue", fue una importante sindicalista, feminista y militante en el Partido de la Revolución Socialista de Vaillant. Madame Sorgue fue calificada en su día como una de las mujeres más peligrosas de Europa por su activismo sindicalista en varios países. Entre 1905-1914 participa en la dirección-movilización de agitadas huelgas en Francia, Portugal, Gran Bretaña, Italia y Brasil.

JOSEPH PIERRE DURAND DE GROS Y EL BRAIDISMO

Numerosos autores han destacado que junto con Azam, Brown-Séquard, Demarquay, Girard-Teulon...Durand de Gros formó parte del movimiento que propició la incorporación y asimilación del braidismo (pre-hipnotismo) en Francia (Garrabé, 1996; Moniz, 1960). En su "Historia de la hipnosis en Francia" Barrucand (1967) consideraba que las ideas de Durand de Gros tuvieron clara influencia en las de Berheim sobre la "psicoterapia".

El psiquiatra e historiador Henri Ellenberger destaca la influencia que este modelo de la mente tuvo sobre las nuevas concepciones elaboradas por Freud y Jung en la naciente psiquiatría dinámica. Lo mismo han señalado autores que han abordado la historia del hipnotismo (Egas Moniz, Jean Garrabé... y en España a destacar Tortosa, Diéguez, Luis Montiel y Ángel González de Pablo).

Durand de Gros y el resto de autores contemporáneos de éste abrieron y prepararon la época dorada del hipnotismo de los años 80 del siglo XIX que ya protagonizarían las Escuelas de la Salpetriere y de Nancy.

Antes de fallecer, Joseph Pierre Durand de Gros participó en el IV Congreso Internacional de Psicología de París en agosto de 1900.

Algunas de las obras de Durand de Gros (y que las firma como Mr. Philips) fueron:

- «*Electrodynamisme vital, ou les relations physiologiques de l'esprit de la matière démosntrées par des experiences entièrement nouvelles et par l'histoire raisonnée du système nerveux*» (1855)
- «*Cours Théorique et pratique de braidisme, ou hypnotisme nerveux considéré*

dans ses rapports avec la psychologie, la pathologie, et ses applications à la médecine, à la chirurgie, à la médecine légale et à l'éducation» (1860).

- *De l'influence des milieux sur les caractères de race chez l'homme et les animaux, (1868)*
- *Essais de physiologie philosophique, suivis d'une étude sur la théorie de la méthode en général, (1866)*
- *Les origines animales de l'homme éclairées par la physiologie et l'anatomie comparatives, (1871)*
- *Ontologie et psychologie physiologique; études critiques, (1871)*

La intervención del Dr. Philips en el caso del “lobishome” de Allariz se produce en un momento de importante transición desde el mesmerismo-magnetismo animal hacia un creciente interés por el hipnotismo.

Como curiosidad llamar la atención que en 1853, se publica en A Coruña, lugar en donde se celebra el juicio de Romasanta, un libro sobre el magnetismo, titulado “*Magnetismo vital o fluido universal*”, y cuyo autor era Joaquín Guillermo de Lima. En las primeras páginas del libro se puede leer que lo dedica a una importante figura coruñesa del liberalismo, Dña. Juana de Vega, Condesa de Espoz y Mina⁶ (y que fue aya de la reina niña Isabel II y de su hermana hasta 1843). Es llamativo que figure una dedicatoria así. Bien pudo haber sido por haber sido financiada la publicación por Juana de Vega pues tuvo una importante labor de mecenazgo cultural,... pero también pudiera indicar un interés de la Condesa por el magnetismo. Donde sí que desde luego estaban fascinados o muy interesados por el magnetismo fue en la corte de la reina Isabel II en el verano de 1853 como pasamos a analizar en siguiente apartado.

⁶ La labor de la Condesa de Espoz y Mina (1805-1872) también fue importante para conseguir que Galicia llegue a contar con un manicomio regional Conxo (Santiago de Compostela). La idea original fue de ella, que también sugirió la ubicación. Dedicó siete años de esfuerzos a lograr la aprobación del proyecto, aunque no llegó a materializarse hasta 1885, ya años después de su muerte. (ver <http://juanadevega.org/es/fundacion/historia/biografia/>).

ESPIRITISMO, MESAS GIRATORIAS Y MAGNETISMO EN EL MADRID DE ISABEL II (1853)

El magnetismo, y los experimentos de las “mesas giratorias” como una de sus manifestaciones más llamativas, estaban en pleno apogeo en la sociedad madrileña y en la medicina madrileña de 1853. Había muchas noticias sobre ello tanto en prensa general como en publicaciones científicas de la época. A modo de ejemplo en *La Ilustración, periódico Universal* (Madrid), mayo 1853, o en los *Boletines de Medicina, Cirugía y Farmacia*⁷ ...



Mesas giratorias. Magnetismo. 1853

Hubo un auténtica epidemia psíquica en esos meses, que ha sido muy bien estudiada por González de Pablo (2006). La rapidez en la propagación de los experimentos y en la amplia extensión social de los mismos, abarcó desde los hogares, los cafés, las tertulias, los ateneos o los casinos hasta la mismísima Casa Real. Isabel II y la familia real no pudieron resistirse a ponerlas también en práctica de primera mano, y de hecho en mayo de 1853 presenciaron en persona diferentes experimentos magnéticos de los cuales se mostraron muy sorprendidos. Estaban acompañados por el Dr. Rubio, médico de Cámara de la Reina. Esto fue relatado en ese mismo mes en la prensa médica madrileña del momento por el médico y periodista José Gutiérrez de la Vega:

⁷ DELGRÁS, M. — «Nuevo descubrimiento magnético», *Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia*, 15 de mayo de 1853, 157-158; p. 157 (tomado González de Pablo, 2006)

“«Habiéndose hecho con tanta felicidad, en la noche del 8 [de mayo], por una familia residente hoy en Aranjuez, los experimentos magnéticos (...) S.M. la Reina Isabel, que supo a los pocos momentos su buen éxito, quiso presenciar su repetición al día siguiente 9... Para presenciar todo esto, S. M. la reina Isabel, S.M. el Rey y S.A.R. la Serenísima Sra. Princesa de Asturias, con sus respectivas servidumbres, fueron a las 5 de la tarde a la casa de recreo, llamada del Labrador, S. M. la Reina Madre, acompañada de sus dos hijas mayores y del Dr. Rubio. Por altos miramientos y precaución prudentísima no tomaron parte alguna, ni la más mínima, en estos experimentos, ni S.M. la Reina Isabel, ni el ama de cría de la augusta Princesa... La marcha de progresión en ambos rumbos, como el girar de las mesas, como la aplicación de la cadena al cuerpo humano y, en suma, cuantas tentativas se hicieron tuvieron el éxito más completo. SS.MM. se retiraron a su real palacio agradablemente sorprendidos ya bien entrada la noche”⁸.

Seguimos con el trabajo de González de Pablo (2006):

“La epidemia psíquica de las mesas giratorias se extendió por España y el occidente europeo desde abril hasta finales del verano de 1853 y durante estos meses, especialmente en los tres primeros, afectó a gran cantidad de gente de todo tipo y condición. Siguió dando coletazos cada vez más débiles hasta los dos primeros meses de 1854, como se ve en los periódicos médicos, y, partir de ahí, su puesta en práctica quedó progresivamente limitada a los círculos espiritistas y ocultistas. Su presencia masiva fue, por tanto, fugaz, pero no por ello dejó de originar una serie de repercusiones. Una de ellas fue la llamada de atención que supuso hacia la actividad mental inconsciente y sus efectos”.

Recordemos que la carta de Durand de Gros acerca del caso del Hombre Lobo Romasanta y sobre sus experiencias en el campo de la hipnología en Argel llega a la Corte de Isabel II sólo dos meses después de estos experimentos magnéticos que presencia la Reina y en un momento de auténtica fascinación y de expansión de los fenómenos magnéticos y espiritistas. ¿Pudo haber influido todo ello en la decisión de la Reina acerca de conmutar

⁸ GUTIÉRREZ DE LA VEGA, J. - «Las ciencias a tiro de beso: de cómo el magnetismo, la electricidad y otras cosas como estas han venido a sustituir a los juegos de prendas en sociedad, y del furor que tal entretenimiento está haciendo en los círculos de esta coronada villa», *El Heraldo Médico*, 19 de mayo de 1853, 113-115. (Tomado de González de Pablo, 2006).

la pena de muerte al hombre lobo hasta que fuese examinado por Durand de Gros? Pensamos que así pudo haber sucedido, pero es una hipótesis muy difícil de demostrar.

RETRATOS DE DOS PERSONAJES UNIDOS POR LA HISTORIA, PERO QUE JAMÁS SE CONOCIERON

Queremos terminar este trabajo con los retratos de estos dos personajes, claves de esta ya larga y revisitada historia del Hombre Lobo Manuel Blanco Romasanta, y que nunca se llegaron a ver cara a cara. Por un lado el del doctor Joseph Pierre Durand de Gros, y por otro, la última versión del retrato del propio Manuel Blanco Romasanta...



Retrato de J.P. Durand de Gros, hacia 1880. Tomado de COSSON (1993).



Retrato de Manuel Blanco Romasanta. Realizado en 2012 por Fernando Serrulla y Marga Sanín. Tomado de <https://arquivocastroviente.wordpress.com/2013/01/03/retrato-de-manuel-blanco-romasanta/>

Esta última aportación sobre la fisonomía y posible retrato del hombre-lobo ha sido realizada por el médico forense ourensano Fernando Serrulla Rech y por Marga Sanín en noviembre del 2012 mediante modernas técnicas forenses y tomando como base las descripciones de la fisonomía de Blanco Romasanta que se incluyen en la documentación de su proceso judicial de 1853.

EPÍLOGO

La intervención del hipnólogo braidista Durand de Gros en el caso del hombre lobo Blanco Romasanta en 1853 es un caso singular que permite visualizar cómo a mediados del XIX, sin internet ni medios de comunicación audiovisuales o de difusión de prensa o literatura científica, las ideas y novedades terapéuticas y científicas fluían de un país a otro y de uno a otro continente... y de cómo llegan a cambiar el curso de una historia como la que aquí hoy exponemos... Una historia de la que aún quedan muchas luces y sombras siglo y medio después de su desenlace final.

FUENTES Y BIBLIOGRAFÍA

Fuentes:

Archivo particular Castro Vicente (Ourense).

DURAND DE GROS, J.P (Philips) (1855) «Electrodynamisme vital, ou les relations physiologiques de l'esprit de la matière démontrées par des expériences entièrement nouvelles et par l'histoire raisonnée du système nerveux» (1855).

Archivo Histórico Provincial de Ourense.

AHPOU. Caja 8938 (Judicial, Legajo 1852) (Fotocopia de "Causa 1788, del hombre-lobo", 1852, Archivo Histórico del Reino de Galicia)

Galiciana Dixital.

LIMA, JOAQUÍN GUILLERMO DE (1853): "Magnetismo vital o fluido universal". La Coruña: (Imprenta de Francisco Arza).

BIBLIOGRAFÍA:

1. BLOM, JD. – “When doctors cry wolf: a systematic review of the literature on clinical lycanthropy”. *History of Psychiatry*, 25, 1, (2014), pp. 87–102.
2. COSSON, JM. – *La Trilogie Durand de Gros, apôtres de la science et martyrs de la liberté*. Rodez-Aveyron-Francia, 1993.
3. DOMÍNGUEZ J.; BUSTILLO, R. (coord.) – *Romasanta, Historia y leyenda. Nuevos estudios, nuevos misterios*. Ourense. Auria Editorial, 2013.
4. GONZÁLEZ de PABLO, A. – “Sobre los inicios del espiritismo en España: la epidemia psíquica de las mesas giratorias de 1853 en la prensa médica”. *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, LVIII, 2, (2006), pp. 63-96.
5. MONTIEL, L.; GONZÁLEZ DE PABLO, Á. (coord.) – *En ningún lugar, en parte alguna. Estudios sobre la historia del magnetismo animal y del hipnotismo*, Madrid: Frenia [Colección «Historia y Crítica de la Psiquiatría»], 2003.
6. SIMON LORDA, D. – *Locura, Medicina, Sociedad*. Ourense: (1875-1975). Xunta de Galicia, 2005.

Las flechas inconscientes de Cupido

Beatriz Carrasco Palomares. Psiquiatra
Red de Salud Mental de Bizkaia

Correspondencia: beatricarrasco9381@hotmail.com

“En cuestiones de amor (como en casi todo) el inconsciente es el que elige”.

¿Qué es el amor? ¿Es posible amar a otro? ¿Por qué elegimos a esa persona? ¿Será por aquello que Freud llamó *Liebsbedingung* (condición de amor, causa de deseo, rasgo particular)? ¿Se trata de una elección libre o está determinada? ¿Es una elección egoísta o altruista? ¿Ama igual el hombre que la mujer o mejor dicho, se ama igual desde la posición femenina que desde la posición masculina? ¿Qué nos aporta el otro de la pareja? ¿A qué preguntas responde el amor y el *partenaire*? ¿Ha cambiado la pareja actual? ¿Cómo son los anudamientos amorosos en la actualidad? Intentaré a lo largo de este escrito de la mano de Freud, Lacan, Miller y Mazzuca dar respuesta a estas preguntas por lo menos hasta donde lo inefable del amor me permita. Y es que ya nos decía Schulz a través de Carlitos que *“No solamente no puede uno explicar lo que es el amor... sino que... en realidad, uno no puede ni siquiera hablar de ello...”*.

Cuánto se ha pensado y se he sentido el amor (y sobre todo el desamor) desde que el hombre es hombre y a pesar de ello el amor, esa *ilusión o autoengaño necesario* para poder vivir, sigue siendo un enigma. Es ambiguo e inabordable. ¿Por qué es ambiguo? Porque es placer y sufrimiento, es vida y muerte, es uno y es otro. Freud de hecho articula la muerte con el amor al otro, al semejante en *Más allá del principio del placer*. Sabina en su canción

Amores que matan nos dice con buen criterio que el amor cuando no muere mata. El amor es motor de vida y causa de muerte. Enredando más la madeja si cabe de la idea socrática de la vida extraemos que la vida que se equipara al amor nace de la muerte. Freud nos dirá también en sus escritos que es obstáculo y condición si llevamos el amor al campo del análisis. Esta afirmación la podemos extrapolar a otros campos porque el fenómeno del amor es único, lo que es diferente son sus manifestaciones. La dicotomía y ambigüedad del amor también está presente a lo largo de toda la obra de Lacan, especialmente en el Seminario 20 “*Aún*”.

No necesitamos explicar por qué el amor es inabordable. Sabemos que lo es. El amor está alienado en su propio conocimiento, en su propio saber. Sócrates en *El banquete* de Platón, tras el discurso de Fedro, Pausanias, Erixímaco, Aristófanes y Agatón, no tendrá problema en afirmar que es ignorante en todo excepto en cuestiones de amor pero cuando se le insta a hablar, calla y es una mujer Diotima de Mantinea la que es invitada a hablar. El discurso sólo nos permite hablar *del* amor no *sobre* el amor. El saber *sobre* el amor sólo es posible encontrarlo en el discurso como efecto de verdad.

Como ya he mencionado el amor es un fenómeno único que se manifiesta de muchas formas. Se puede manifestar como amor a la patria, a Dios, a la familia, a las instituciones, a un ideal, a la pareja, a los hijos,... todas estas manifestaciones del amor están agrupadas bajo el despliegue libidinal, parten de un mismo monto de energía psíquica y se dirigen a distintos objetos. La diferencia en la expresividad del amor reside en base a cuál es el objeto elegido. ¿Qué es si no la transferencia? La transferencia es una verdadera forma de enamoramiento, con las mismas características y particularidades que éste. En el analista se depositan montos pulsionales que redundan en la construcción de una neurosis artificial, verdadera muestra del drama personal que vive el analizante. La transferencia es amor y sin amor la transferencia no es posible de igual forma que el amor sin inconsciente no existe. Conocer la estructuración del fenómeno transferencial nos pone sobre la pista de la estructuración del amor mismo.

Freud en su escrito “*Psicología de las masas y análisis del yo*” (1921) y en otros escritos, aborda la cuestión del amor desde una óptica general, más allá de los límites de la pareja. En este escrito en concreto habla del amor en térmi-

nos globales asimilando el amor al fenómeno de la identificación de la masa social con el líder de sus afectos. Da miedo recordar las barbaridades que se han cometido y se comenten en nombre y por amor a los ideales de un líder.

En este texto me centraré en el amor de pareja dejando al margen las otras manifestaciones del amor. De la mano de Freud me acercaré al amor haciendo un recorrido por la conceptualización freudiana de la elección de objeto. Para hablar de amor es imprescindible hacerlo también del anaclitismo y del narcisismo. Dado que son estos, anaclitismo y narcisismo, los mecanismos que a juicio de Freud están implicados en la elección de objeto amoroso en la edad adulta. En cuestiones de amor (como en casi todo) el inconsciente es el que elige.

El término “anaclítico” proviene del inglés, es la traducción inglesa del término alemán *Anlehnung*, utilizado por Freud. Su significado es *apoyo* aunque también puede ser traducido como *apuntalamiento*. Lacan en su obra utiliza únicamente el término anaclítico. Freud en la primera edición de *Tres ensayos sobre una teoría sexual* (1905), utiliza el término *Anlehnung* para referirse al hecho de que las pulsiones sexuales inicialmente se apoyan en las pulsiones de conservación. “*La ternura de los padres y personas a cargo de la crianza, que rara vez desmiente su carácter erótico, contribuye en mucho a acrecentar los aportes del erotismo a las investiduras de las pulsiones en el niño y a conferirles un grado que no podrá menos que entrar en cuenta en el desarrollo posterior, tanto más si ayudan algunas otras circunstancias*” escribe Freud en 1912 en “*Sobre la más generalizada degradación de la vida amorosa*”. Se obtiene la satisfacción conjunta de ambas pulsiones (yoicas y sexuales) que sólo posteriormente se satisfarán de forma independiente (alimentación-chupeteo). La madre es madre nutricia y también madre sexual. El primer objeto anaclítico - sexual del niño será el pecho de la madre, sucediendo al pecho aquellos objetos relacionados con el cuidado al niño ocupando el padre un lugar privilegiado. Será en 1914 en su obra *Introducción al narcisismo* donde Freud formula la expresión “elección de objeto de tipo anaclítico” (*Anlehnungstypus*) oponiéndola a la “elección de objeto de tipo narcisista”. Por lo dicho, es importante recalcar que la mayor parte del desarrollo de la teorización de la elección de objeto en la obra freudiana lo encontramos en *Introducción al narcisismo* de 1914 y en la tercera edición de *Tres ensayos sobre una teoría sexual* de 1915.

Hay quien ha sugerido que el anaclitismo y el narcisismo son dos nociones que no se llevan bien si se considera que la primera fase del desarrollo es autoerótica y que la sucede una fase narcisista en la que la dispersión pulsional se reúne para constituir al yo. Se ha puesto en tela de juicio que los primeros objetos libidinales estén fuera del propio cuerpo salvo que el niño se considere como sabemos inicialmente uno con el pecho de la madre. Freud siempre consigue complementar lo dicho sin necesidad de desdeñarse. Acalla todas las bocas al afirmar que *“todo ser humano... tiene dos objetos sexuales originarios: él mismo y la madre que lo crió...”*.

Las elecciones de objeto de tipo anaclítico están sujetas a transformaciones a lo largo de la historia libidinal. Entre los 2-5 años se consolidan, retroceden en la fase de latencia manifestando sólo su corriente tierna y resurgen en la pubertad. En la adolescencia se invisten con montos libidinales más intensos los objetos elegidos previamente (objetos de elección infantil primaria). El conflicto está servido, querer y no poder atravesar la barrera del incesto. El adolescente tiene que pasar de esos objetos, no permitidos en la realidad, a otros objetos ajenos, con los que pueda aproximarse (y digo bien, aproximarse) a tener una vida sexual real. Este proceso se produce a la par que el desprendimiento de la autoridad de los padres. Procesos ambos complejos no exentos de dificultades, perturbaciones, fijaciones e inhibiciones. A este respecto Freud comentará que aquellas personas que nunca superaron la autoridad de los padres y no les retiraron su ternura o lo hicieron solo de un modo muy parcial cuando lleguen a la edad adulta en el caso de las muchachas, estas pasarán a ser esposas frías y sexualmente anestésicas. Cuanto más profunda es la perturbación más probable es la elección incestuosa de objeto amoroso.

Pero no nos engañemos, las fijaciones incestuosas de la libido no se superan del todo. Muestra de ello como señala Freud es la frecuencia con la que adolescentes de ambos sexos tienen como primer gran amor a una mujer madura o un hombre mayor pero sobre todo lo vemos en el remanente por el que las parejas sexuales son elegidas según el arquetipo de los objetos infantiles.

La elección de objeto de tipo anaclítico reúne a su vez tres tipos afines pero distintos: la elección infantil y su prolongación como elección incestuosa,

la elección de un objeto diferente pero cuyo fin es el de reproducir el modelo vincular infantil y la elección de la pareja sexual adulta según el arquetipo de la madre o el padre.

La aplicación de la teoría psicoanalítica en uno y otro sexo siempre es problemática y daría lugar a muchas reflexiones pero generalizando podemos decir que Freud postula que el pleno amor de objeto según el tipo de apuntalamiento es característico del hombre. Las mujeres salimos un poco mal paradas como siempre. En la mujer prima la elección de objeto narcisista. En palabras del propio Freud: *“Con el desarrollo puberal... sobreviene un acrecimiento del narcisismo originario... desfavorable a la constitución de un objeto de amor en toda regla, dotado de sobreestimación sexual... tales mujeres sólo se aman, en rigor, a sí mismas, con intensidad pareja a la del hombre que las ama”*. No obstante, Freud tiene que admitir *“que un número indeterminado de mujeres ama según el modelo masculino y despliega la correspondiente sobreestimación sexual”*. Hablar de posición masculina o femenina en lugar de hablar de hombre y mujer haría las cosas más sencillas. Está claro que no se ama igual desde una posición que desde la otra. Miller impetuoso en su decir afirma que sólo aceptando la falta, la castración, se puede amar. Para Miller *“amar es algo femenino”* y *“solo se ama verdaderamente a partir de una posición femenina”*. Dirá además *“que el amor siempre resulta un poco cómico en el hombre”*.

Freud sostiene que el tipo narcisista de elección de objeto se relaciona con frecuencia con los desenlaces patológicos aunque los anaclíticos no estén exentos de ello. Aunque una elección parece excluir a la otra no siempre es así. Me parece interesante pararme aquí y hacer mención al caso Leonardo da Vinci en el que se producen ambos tipos de elección de objeto (anaclítico y narcisista). Ante la dificultad de abandonar la intensa fijación incestuosa a la figura materna, Leonardo se identifica con ella y es desde esta posición desde la que elige objetos parecidos a su propia persona infantil a quienes ama como la madre lo había amado.

Freud anuda la relación anaclítica con la heterosexualidad y la narcisista con la homosexualidad. Desde Schreber en adelante Freud considera que la elección de objeto homosexual es una forma de elección narcisista. Lacan como veremos aunque no marca explícitamente la conexión entre

homosexualidad y relación narcisista tampoco la rechaza. Lo que sí establece es una estrecha vinculación entre la relación anaclítica (y más allá de ella) y la heterosexualidad.

En la obra de Lacan están presentes dos nociones de relación anaclítica (como el llama a la elección de objeto anaclítico). Mazzuca me sirve aquí de guía para profundizar en estas dos nociones ampliamente estudiadas por él dentro de la obra de Lacan. Una de ellas aparece en el Seminario 4 “*La relación de objeto*”, donde construye el concepto anaclítico sobre el erotismo y la intersubjetividad excluyendo las pulsiones yoicas o de conservación centrales en la teorización freudiana al considerarlas secundarias. La madre ocupa el lugar del primer Otro del niño, es madre simbólica antes de ser madre real. Además de la demanda, el niño se encuentra con el deseo de la madre y el objeto que podría colmarlo, el falo imaginario. El niño no necesita hacer nada para que se le dé el lugar del falo, la madre lo ubica ahí. Será posteriormente cuando el niño, al darse cuenta de que la madre apunta más allá de él, cuando decide abandonar esta identificación (pero lo que se fue siempre queda). Él es el portador del objeto de deseo, del falo, la mujer depende de él para tenerlo. Y el varón necesita una mujer sucesora de la madre a quién dárselo. Se reproduce en la relación anaclítica adulta la relación anaclítica infantil. Esto constituye la esencia de este tipo de relación por oposición a la relación narcisista. En el Seminario 8 “*La transferencia*” Lacan ubica la relación anaclítica en el registro de la relación con el Otro (A) con mayúscula y la distingue de la relación narcisista que la ubica en el registro imaginario del otro en minúsculas, el otro especular (a). El significante será el que permita salir de la pura y simple captura en el campo narcisista.

La otra noción de la relación anaclítica se encuentra en el Seminario 16 “*De un Otro al otro*”, donde Lacan le da a la relación anaclítica un lugar de privilegio dentro de la estructura perversa al considerar esta relación como una característica esencial de dicha estructura. Perversión y neurosis se oponen una o otra, como la relación anaclítica a la narcisista. El perverso manipula el *objeto a* dada la imposibilidad de conjugar su goce con el Otro mientras que el neurótico pone su imposibilidad en hacer coincidir el *objeto a* con su imaginario narcisista. El perverso colma con el *objeto a* la falta en el otro, registra el vacío de goce en el Otro y se dedica a devolverle el *objeto*

a. El Otro del perverso es asexuado, no es hombre, no es mujer, es objeto. Lacan lo designará con el término *hommelle* (hombrella).

Para Lacan resulta insuficiente la relación anaclítica para sostener una relación con el Otro sexo; esta relación a su parecer debe ser superada para acceder a la heterosexualidad. Después del Seminario 16 “*De un Otro al otro*” Lacan establecerá las fórmulas que distinguen las posiciones sexuales masculina y femenina siendo la estructura perversa el modelo de la posición con la que el hombre se relaciona con la mujer. “*El acto de amor es la perversión polimorfa del macho*” dirá en el Seminario 20 “*Aún*”.

Ahora nos aproximaremos al amor, al *amor lacaniano* en sus vertientes imaginaria, simbólica y real, examinando los diferentes semblantes que el amor puede adoptar.

En su vertiente imaginaria el amor se define como fundamentalmente narcisista. Es egoísta, busca su propio bien, es falso y engañoso. Se ama la imagen de uno mismo que el otro envía como si se tratase de un espejo, no en vano es la referencia de la imagen corporal la que le permitirá al hombre medir los objetos del mundo (antropomórficos o egomórficos). Freud, de hecho, en *Introducción al narcisismo* (1914) se acerca a la conceptualización del narcisismo a través de la vida amorosa. Se ama lo que se es, lo que se fue, lo que se quisiera ser o a la persona que fue parte de uno mismo. Desde este planteamiento *el amor a otro no es más que amor a uno mismo*. Amor a la imagen de uno mismo. Se ama al que posee la cualidad que falta al yo para alcanzar el ideal amado. Elección narcisista que tiene la flecha dirigida a un ideal sexual y que es justamente el que posee eso que a uno le falta. ¡Qué triste resulta nuestro autoengaño! Buscamos, ciegamente como en el mito de Aristófanes que dos sean uno cuando en el fondo sabemos que uno es uno, uno incompleto que busca completarse a sí mismo, el otro no nos completa nos completamos nosotros pero nos completamos gracias a ese otro. El amor por ello tiene un tinte solitario, doloroso, melancólico y mortífero. La sombra de nuestra imagen y nuestro amor por ella nos traiciona y nos lleva incluso a la muerte al no poder desprender la imagen del cuerpo. De ello da buena fe Ovidio en *Las metamorfosis* al hablarnos de Narciso en el Libro III y de Pigmalión en el Libro X. Narciso pone su objeto de amor en su propio

yo y Pigmalión en una imagen de sí. La forma imaginaria del objeto lleva en sí misma la inminencia del odio. Odio y amor son caras de la misma moneda, siendo el odio el que precede al amor. Relación intrínseca que hace que el viraje de uno a otro sea más fácil de lo que se piensa.

Pero la imagen no es la única forma de semblante que adopta el amor. El amor en la dimensión o vertiente simbólica busca captar el ser del Otro. Intenta fallidamente dar consistencia a ese Otro que finalmente también será tachado. El amor es verbo. Es una palabra, es un decir. Solo puede estar presente en el sujeto que habla porque el amor demanda y la demanda se hace a través de la palabra. Es en el Seminario 11 "*Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*" donde Lacan intenta dar respuesta a cuál es la demanda del amor. La respuesta a dicha demanda no está en nosotros, es el *partenaire* el que la tiene. Es ese otro y solo él el que contesta a la pregunta: *¿Quién soy yo?* Es el otro el que tiene el saber de quién somos. El sujeto pone en su mira como semblante a otro sujeto de igual forma que en la perspectiva imaginaria lo ponía en la imagen. El amor desde esta vertiente se sostiene en dos saberes inconscientes, dos sujetos que se encuentran y que se responden el uno al otro quiénes son. El amor por tanto sin inconsciente no existe. Se sostiene en el saber que cada uno de los integrantes de la pareja supone al otro. La relación entre dos sujetos (relación sexual) es la relación resultante de los efectos de esos dos saberes inconscientes. "*La relación sexual no existe*", conocida cita de Lacan tiene una de sus explicaciones aquí. La relación sexual es imposible dado que lo que se ama es el inconsciente del otro, amor de inconsciente a inconsciente. No se escribe la pareja sexual se escribe el lugar de la pareja en tanto que falta, en tanto lugar vacío, en tanto lugar no simbolizado. El amor por tanto se sustenta en un lugar fallido donde los sujetos de la relación, articulados en la cadena significativa, perciben que pueden faltar ahí. ¿Puede haber algo más desgarrador?

Me surge ahora la pregunta siguiente: ¿Cuál es la función simbólica del amor en la mujer? La mujer utiliza al amor como medio para llegar a ser sujeto allí donde no es, allí donde el significante falla. Necesita el amor y que se le diga que se la ama buscando alcanzar su anhelo de ser sujeto allí donde el significante no está. La presencia del lenguaje y del amor son necesarios para que la mujer pueda gozar sexualmente. Primero habla, luego ama y finalmente

goza. El goce sexual que no el del cuerpo concierne al sujeto no al ser.

Otra pregunta busca ser respondida: ¿Cuál es la relación entre amor, deseo y goce? En el deseo de toda demanda de amor hay una búsqueda del *objeto a*. El sujeto elegido es tomado por *objeto a* con el fin de satisfacer el propio goce. (En el Seminario 20 “*Aún*” Lacan afirma que el *objeto a* causa de deseo no puede ser un ser, no existe salvo como objeto). El amor no quiere saber nada de la metonimia del deseo. En la vertiente de lo real, el amor busca ser y el deseo funciona como barrera contra el goce aunque el amor busque siempre deseo de reconocimiento y reconocimiento del deseo que él no gobierna. Adopta el semblante de ser pero es imposible de capturar dado que del otro solo obtenemos restos. En el encuentro del ser residirá el extremo del amor pero para que el encuentro se dé primero se ha tenido que perder. Aquí es donde podemos relacionar el amor con el objeto del fantasma. El cuerpo del otro sólo se puede tener por partes. Otra vez Lacan nos recuerda ahora en esta vertiente que la relación sexual es imposible. Se goza de una parte del cuerpo del otro. El goce del cuerpo completo no es posible y es esta inaccesibilidad al cuerpo del otro lo que hace que el deseo se mantenga. El deseo necesita mantenerse. No sé por qué (aunque por algo será) me viene ahora a la cabeza la maldición gitana “*que se cumplan todos tus deseos*” será porque como sabemos sin falta la muerte está asegurada.

Me gustaría hacer mención ahora antes de pasar a profundizar más en el tema del fantasma y la elección de pareja a otra cita muy conocida de Lacan “*el amor es dar lo que no se tiene*” que anuda con “*a un ser que no lo es*” en el último capítulo “*La significancia del falo*” de la sesión del 23 de abril de 1958 “*El significante, la barra y el falo*”. ¿Qué nos quiere decir con esto? ¿Qué damos al otro? Al otro le damos el falo que no tenemos y se lo damos a alguien que tampoco lo tiene. Esta relación se establece entre dos que ni son, ni tienen, y donde, uno finge tener el falo, y el otro, eventualmente, finge serlo. ¡Vaya locura! Un engaño compartido, ¿es eso el amor?

Abordaré ahora, como ya os anuncié, la elección de pareja desde el fantasma. La película “*El*” de Luis Buñuel de 1953 que toma el guión de la novela homónima de la escritora canaria Mercedes Pinto me posibilitará ilustrar a través de su trama lo que quiero explicar. Freud define el fantasma

como una novela que pone en escena un deseo; un producto arcaico, sumergido en el inconsciente, matriz de los deseos actuales. De forma resumida y simplificada podemos decir que el fantasma es la novela del deseo primordial. El objeto de deseo de un sujeto adquiere su figurabilidad al constituirse el fantasma. La constitución plena de este objeto tiene lugar gracias a la aceptación de la castración. Es la elaboración de la misma, el trabajo psíquico individual y único realizado por cada uno de nosotros lo que dará lugar a nuestro guión fantasmático. Este guión a su vez condiciona la elección de pareja y configura un pacto inconsciente a partir del sostén y de la retroalimentación fantasmática singular de cada uno de los fantasmas de los sujetos de la relación. En las infinitas escenas desplegadas sobre estos cimientos fantasmáticos y portadores de las marcas edípicas, es donde cada sujeto irá perfilando su manera de amar al objeto y que es lo que significa para él, el ser amado por éste. La pareja se constituye en base a la coalescencia, complacencia o colusión fantasmática, es decir, se constituye en base a *un juego entre fantasmas*. Se produce un anudamiento entre los fantasmas de cada uno que permitiría sostener imaginariamente que la relación sexual es posible, que la complementariedad es posible aunque ya sabemos que no lo es. El fantasma les permite creer, a cada uno por su parte, que alcanzaron en el *partenaire* el objeto deseado. Desde esta explicación se puede definir a la pareja como un soporte sintomático mutuo.

La película “*El*” nos permite profundizar en cómo funciona la interrelación entre los *partenaires* de la pareja y de qué modo el fantasma de uno sostiene al del otro. El arranque del amor, es decir, el enamoramiento entre Francisco y Gloria se produce en la iglesia. Gloria se conmueve ante la mirada deseante de aquel que le besa los pies. ¡Qué importantes son los pies para los hombres! No pueden ocultar su goce parcializado, en el que el fetiche se hace presente. El reencuentro entre los amantes se produce bajo la mirada escondida de Francisco que ve a Gloria con otro, la mujer pertenece a otro. La presencia de un tercero la hace más atractiva y apetecible si cabe. Esta terminará “perteneciéndole” a Francisco pero este siempre temerá que otro hombre se la robe. En un banquete organizado por Francisco, éste en presencia de todos los comensales, hablará del amor (de qué otra cosa se puede hablar en un banquete). Argumentará que las elecciones de pareja están predeterminadas por la vida del sujeto. Gloria quedará sedu-

cida irremediabilmente por Francisco tras el discurso. La admiración y el amor. ¡Qué difícil es que este presente uno sin la presencia del otro! A lo largo del film se observa cómo se produce en Gloria el cambio de posición desde la alineación en el deseo del otro a una posición subjetiva. Primero se muestra alienada en el deseo manifiesto de su madre (ser la esposa sumisa de un hombre pudiente) para luego alinearse en el deseo de Francisco prestándose a ser un objeto de enlace con otros hombres. Gloria, en un momento de la película, pasa a relatar su historia al exnovio y es en este momento en el que comienzan las reflexiones y el cambio. Gloria ha anudado su fantasma masoquista, el ser una mujer no suficientemente casta o incapaz de satisfacer a un hombre con el fantasma de Francisco de ser un desposeído dada su identificación con el abuelo (toda nueva posesión se adquiere desposeyendo a otro pero a su vez se corre el peligro de ser desposeído). Los une un pacto de goce, pasión y sufrimiento, en donde cada uno alentará que el otro ponga en escena su propio fantasma. El sujeto no podrá desear mientras necesite ser lo que le falta al otro. Ser deseante no es lo mismo que ser deseable. Gloria terminará desembarazándose de su lugar en el fantasma de Francisco y éste se precipitará a la locura.

No puedo dar por finalizado este escrito sin dar respuesta a las dos últimas preguntas que formulé al principio del mismo: ¿Ha cambiado la pareja actual? ¿Cómo son los anudamientos amorosos en la actualidad? *“Los tiempos han cambiado”* como dicen los mayores (aunque no sé si vale decir aquí que *“cualquier otro tiempo pasado fue mejor”*) e inevitablemente con ello también lo han hecho los vínculos amorosos. Se ha cambiado la ilusión de la completud de los sexos por la del sentir individual y particular del propio goce, del propio deseo. Se ha pasado del egoísmo comedido al egoísmo desmesurado. La mujer ha roto sus cadenas. Se ha liberado del dominio del hombre que llevaba el manejo o el liderazgo de la relación a posicionarse como dueña de su cuerpo, decidiendo cuándo o no sentir placer. La incorporación de la mujer al mundo laboral y académico le ha dado autonomía y valía propia lo que le ha permitido repensarse y releerse en el contexto socio-cultural en el que vive y ampliar y cambiar los anudamientos de pareja existentes. La nueva posición de la mujer hace trastabillar al hombre que ahora más que nunca no sabe lo que la mujer quiere y espera de él. La mujer se ha *masculinizado* y el varón ha sido invitado a *feminizarse*, por ello la degradación de la vida

amorosa en el hombre escindiendo el amor y el deseo propio de la posición masculina ha pasado a ser frecuente en la mujer contemporánea. La mujer ha pasado a adoptar cada vez con más frecuencia una posición masculina que hace que desdoble al *partenaire* masculino en un hombre que las hace gozar y al que desean y otro que las ama, feminizado y castrado. La fijeza de los roles de antaño ha dejado paso a la inestabilidad de los mismos o como dice Miller a la “*fluidez generalizada del teatro del amor*”.

Los anudamientos de la pareja contemporánea podrían enmarcarse en una lógica del desconcierto, donde prima el propio deseo, el propio goce proyectado en otro con un semblante de amor; en donde prima el fantasma, que se deja ver en ese egoísmo enmascarado de un “*te amo*” que en realidad es un “*me amo*” pero te necesito para que me completes y así poder alcanzar mi ideal amado.

El valor del amor está ahora sesgado, reducido a términos contractuales. Ha sido transformado en mercancía, como casi todo, al igual que ocurre con los cuerpos y los sujetos. El “uno” ha dejado paso a lo “múltiple”. La exclusividad se ha supeditado a la cantidad. El amor como el dinero se devalúa y se degrada y no sólo eso se busca una explicación científica al amor. ¡Cómo si el amor pudiese ser explicado desde una teoría de la química o según el modelo animal! El amor nos permite ser humanos. Ningún modelo químico ni animal podrá dar respuesta a qué es el amor. El amor es una de nuestras mejores suplencias. Para no enfermar necesitamos crear el artificio del amor. ¿Qué es si no la psicosis? La imposibilidad de formar parte del teatro del amor. El psicótico es el condenado a no amar, el que muere en vida hastiado y cansado de hacerse el amor a sí mismo. El amor, en definitiva, es una de las mejores soluciones que los hombres hemos encontramos para no caer en la locura. Eso es el amor, una solución, el espejismo de la cordura.

Llegados a aquí creo haber respondido a las preguntas planteadas al principio de este escrito. El amor es una ilusión, un autoengaño pero nos da identidad y vida. Es azaroso y contingente y tiene que ver con nuestras marcas inconscientes. No existe la casualidad en el amor sino la causalidad. El amor es un constructo, es un trabajo que necesita de una gran creatividad, inventiva y valentía. Para amar hay que ser valiente.

Yo, de momento, he decidido seguir engañándome... El engaño del amor me sienta bien.

“Si el amor pudiese escribirse se escribiría en rojo”.

A Fran, mi partenaire.

Valladolid, 12 de febrero de 2016.

BIBLIOGRAFÍA

ANDRÉ, SERGE (1986). *¿Que veut una femme?* París: Navarin Ed.

BUÑUEL, LUIS (1953). Película “El”.

CAAMAÑO, VERÓNICA CECILIA Y COCHIA, SILVINA (2011). *El amor según Lacan: “sucia mezclanza” o “división irremediable”*. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. FBuenos Aires: acultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.

COLINA, F. (1981). *Del amor y otras psicosis*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Vol. 1, nº 2 (1981), pp. 57-76.

ELINA WECHSLER (2011). *Arrebatos femeninos, obsesiones masculinas. Un desencuentro estructural*. Psicoanálisis. Vol. XXXIII, nº 1, 2011, pp. 189-200.

FLORES, LETICIA (1991). *El amor y la muerte en psicoanálisis*. Tramas 3, Diciembre/1991, pp. 27-36.

FREUD, S. (1905, tercera edición en 1915). “*Tres ensayos sobre una teoría sexual*”. En Obras Completas. Buenos Aires - Madrid: Amarrortu ed., 1988, vol. VII.

FREUD, S. (1910). “*Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci*”. En Obras Completas. Buenos Aires - Madrid: Amarrortu ed., 1988, vol. XI.

FREUD, S. (1911 [1910]) “*Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente*”. En Obras Completas. Buenos Aires - Madrid: Amarrortu ed., 1986, vol. XII.

FREUD, S. (1912). “*Sobre la más generalizada degradación de la vida amorosa*”

(Contribuciones a la psicología del amor, II). En Obras Completas. Buenos Aires - Madrid: Amarrortu ed., 1988, vol. XII.

FREUD, S. (1914). “*Introducción al narcisismo*”. En Obras Completas, Amarrortu ed. Buenos Aires - Madrid: Obras completas, vol. XIV.

FREUD, S. (1921). “*Psicología de las masas y análisis del yo*”. En Obras Completas. Buenos Aires - Madrid: Amarrortu ed., vol. XVIII.

FRIZZERA, LILIANA ZASLAVSKY DE BLUMENDEL. (2004). *El lugar del fantasma en la clínica con familias y parejas*. Revista de la AAPPG. Tomo XXVII, n°1, 2004.

LACAN, J. (1956-57). El Seminario (Libro 4): “*La relación de objeto*”, Paidós Ibérica, 1995.

LACAN, J. (1960-61). El Seminario (Libro 8): “*La transferencia*”, Paidós Ibérica, 2003.

LACAN, J. (1963-64). El Seminario (Libro 11): “*Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*”, Paidós Ibérica, 1987.

LACAN, J. (1968-69). El Seminario (Libro 16): “*De un Otro al otro*”, Paidós Ibérica, 2008.

LACAN, J. (1972-73). El Seminario (Libro 20): “*Aun*”, Paidós Ibérica. 1992.

MAZZUCA, ROBERTO, MAZZUCA, SANTIAGO ANDRÉS Y SURMANI, FLORENCIA (2009). *Dos conceptos de relación anaclítica en la obra de Jacques Lacan*. Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.

MILLER, JACQUES - ALAIN. (2008). *El partenaire - Síntoma*. Grupo Planeta (GBS).

MILLER, JACQUES - ALAIN. (2008). Entrevista realizada a Jacques- Alain Miller por Hanna Waar para la *Psychologies Magazine*, octubre 2008, n° 278.

PLATÓN. *El banquete: Diálogos de Platón*, Ibéricas, 2010.

OVIDIO, *Las metamorfosis*, Gredos, 2012.

Consideraciones acerca de la transferencia

Sara García Fernández. MIR Psiquiatría
HURH Valladolid.

Correspondencia: saragarcia14@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La transferencia es uno de los conceptos fundamentales elaborado por Freud a partir de sus primeras experiencias con pacientes histéricas. En 1895 introduce el término *Übertragung*¹ para referirse al desplazamiento de afecto de una representación a otra. Pero su construcción conceptual fue elaborándose a lo largo de los años. De esta forma, existe un gran salto entre esta primera concepción y la frase de Lacan de 1978 donde dice que la transferencia necesita la instauración del *Sujeto Supuesto Saber*², es decir, la suposición de que alguien sabe algo acerca de lo que a uno le pasa.

Curiosamente, esta estructura asimétrica de la transferencia está presente en la obra más importante sobre el amor de la civilización occidental. No es por casualidad que Freud³ se fijara en el *Banquete* de Platón⁴, ni que Lacan dijera que Sócrates se ubica en la posición de analista frente a Alcibiades en el comentario que le dedica a esta obra en la primera parte de su *Seminario* de 1960-61 dedicado a *La transferencia*⁵.

¹ Freud, S. y Breuer, J. (1992 [1895]), *Estudios sobre la histeria*, en *Obras Completas*, t. II, Buenos Aires, Amorrortu, p. 97 (aunque evidentemente aquí la palabra no está usada en su sentido técnico, tal como aparece por primera vez en p. 306) (las referencias a esta edición de las obras completas serán indicadas como "AE" —Amorrortu Editores— seguido del tomo en números romanos).

² Lacan, J. (1977-78), *Seminario XXV. El momento de concluir*, Inédito.

³ Por ejemplo, Freud, S. (1992 [1905]), *Tres ensayos de teoría sexual*, AE VII, p. 124.

⁴ Cf. Platón, (1988), *Banquete, Diálogos III*. Madrid: Gredos.

⁵ Cf. Lacan J., (2003 [1960-1961]), *Seminario VIII, La transferencia*. Buenos Aires: Paidós.

EL BANQUETE

El *Banquete* es uno de los diálogos de Platón. En concreto, se trata de una sucesión de discursos sobre el amor, pronunciados por una serie de personajes que había reunido el poeta trágico Agatón para celebrar su victoria en el concurso dramático en las fiestas en honor a Dioniso. Tras el banquete, se acuerda no beber para poder hablar con propiedad sobre el dios Eros, y es entonces cuando se pronuncian los seis discursos. Después del sexto discurso, el de Sócrates, irrumpe el joven Alcibíades borracho con un séquito de hombres que le siguen en las mismas condiciones y acusa a Sócrates de haberlo rechazado en innumerables ocasiones a él, cuya belleza era conocida en toda Atenas. A partir de aquí, Alcibíades desarrolla un último discurso sobre el amor⁶.

Alcibíades está indignado y comenta que ha manifestado en diversas ocasiones su amor por Sócrates y éste ha rehusado su proposición de amor, no ha aceptado dejarse amar ni desear él, que según los criterios de lo bello, no tendría nada para seducir. Alcibíades da así una descripción del enamoramiento muy disimétrica, hasta el punto de quejarse de que Sócrates no responda aun cuando los dos están bajo la misma manta en una cama.

El primer discurso es el de Fedro, quien plantea la metáfora del amor. La maravilla del amor se produce cuando alguien que es *erómenos*, alguien que es amado, alguien que se supone que es el que tiene lo que al otro le falta, consiente transformarse en *erastés*, en deseante, consiente mostrarse en falta. Curiosamente, es así también como finaliza el discurso de Alcibíades. Éste se pregunta al final del *Banquete*, ¿por qué Sócrates, su amado, rechaza manifestarse como amante con respecto a él? ¿Por qué rechaza la metáfora del amor? Es precisamente en su rechazo donde Lacan ve una anticipación de la posición del analista, la de no ceder al fenómeno amoroso que se produce en una relación intersubjetiva cualquiera como es, por ejemplo, la relación analítica.

⁶ Tomamos aquí los desarrollos de Jacques-Alain Miller en, Miller, J.-A. (1991), "El reverso de la transferencia", *Uno por uno*, 20, pp. 11-18.

LA ESENCIA DEL DISCURSO DE ALCIBÍADES

Para introducirnos ahora en la historia de Alcibíades podemos preguntarnos ¿qué es lo que hay de deseable en Sócrates? Alcibíades presenta a Sócrates como una pequeña estatuilla de Sileno⁷ que se puede desenroscar y en cuyo interior, tras esa fea apariencia, encontramos pequeños objetos preciosos. Entonces, para él, en el interior de Sócrates hay algo precioso que es precisamente lo que le atrae y le lleva hacia él. Ahí tenemos el *ágalma*, u objeto precioso, algo que concierne a Sócrates y cuya naturaleza el propio Alcibíades desconoce. Aparece velado, no es visto. Sin embargo, aunque Alcibíades no lo haya visto jamás, está seguro que está ahí. Este *ágalma* se fabrica a partir de mostrar la *falta en ser*, es decir, cuando el sujeto, en este caso Sócrates, se muestra como deseante. De aquí surge lo que podríamos considerar como una segunda metáfora del amor, pero que concierne esta vez a la posición del analista en la transferencia, y que se refiere a cómo de la *falta en ser* pasa uno a convertirse en amado.

Así, en el lugar en el que estaba la falta, donde estaba el deseo, se revela el objeto precioso. Esto equivale a la fórmula de Lacan: «cuanto más desea uno, más deseable se vuelve»⁸. Aquí está el secreto de Sócrates, ser deseante, y, en concreto, ser alguien habitado por el deseo de saber. Y es esta intensidad del deseo de Sócrates lo que le da la apariencia de alguien que tiene aquello que al otro le falta.

Esto no impide que Sócrates ensalce a Alcibíades e incluso muestre su aprecio por él. Pero rechaza de pleno ser su amado, rechaza ser deseable, rechaza incluso ser digno de ser amado. Sócrates es el que sabe que a partir de lo que presenta de vacío, a partir de retener la nada, a partir de lo que no tiene, hace surgir esta apariencia de tener los objetos preciosos a ojos de Alcibíades. Y lo más llamativo es que desde dicha posición, que antecede la posición del analista, le hace una interpretación a Alcibíades aclarándole que ése que él ama no es él, Sócrates, sino el bello joven Agatón, el poeta

⁷ Estatuillas que representaban al dios Sileno, compañero de Dionisos, propias de la época.

⁸ Lacan J. (2003 [1960-61]), *El seminario, Libro 8, La transferencia*. Buenos Aires: Paidós, p.154.

trágico que salió victorioso en el teatro. Estas son las claves que del *Banquete* podemos extraer como estructura de la transferencia y que fundamentan, como vamos a ver, el *deseo del analista* y el *Sujeto Supuesto Saber*.

ANNA O.

A finales del siglo XIX, antes de inventar el psicoanálisis, Freud conoce a la que será la primera paciente analizada de la historia del psicoanálisis, Bertha Pappenheim. Esta joven, paciente de Josef Breuer, se convertirá con los años en una de las grandes figuras de la asistencia social en Alemania, y en una de las pioneras en la defensa de los derechos de la mujer y del niño. Esta paciente, más conocida por el sobrenombre que le dio Freud, Anna O., tiene el mérito de haber inventado el método catártico o –como lo llamaba ella– el método de la «*talking cure*», método que con el tiempo se convirtió en el precursor del psicoanálisis.

El tratamiento que mantuvo con Breuer parecía desarrollarse de manera muy adecuada y bajo las mejores condiciones. Ella asociaba, elaboraba, los síntomas cedían y no mostraba ninguna oposición. Sin embargo, no todos pensaban que el tratamiento funcionara adecuadamente. La mujer de Breuer comenzaba a pensar que su marido se estaba ocupando demasiado de dicha paciente, percibía en él un cariño especial hacia dicha paciente. No eran infundadas estas sospechas, de hecho, la paciente realiza en un momento determinado una *pseudocyesis*, es decir, un embarazo nervioso. Ante el surgimiento del atisbo o la sospecha de un posible amor o enamoramiento por parte de la paciente en el tratamiento, Breuer parece asustarse y da por finalizado el tratamiento. En ese momento, decide tomarse unas vacaciones y lleva a su mujer a Venecia donde queda embarazada. Freud, por el contrario, queda muy impresionado por este episodio y comienza a plantearse la cuestión del amor como algo propio de la relación terapéutica.

De esta manera, cuando tiene que desarrollar por primera vez esta idea, comenta que una paciente suya se había sentido muy avergonzada al desear, durante una de las sesiones, que su médico se abalanzara sobre ella para besarla⁹. Avergonzada, se marcha, pasa la noche sin dormir y en la sesión si-

⁹ FREUD, S. Y BREUER, J. (1992 [1895]), *Estudios sobre la histeria*, AE II, pp. 306-7.

guiente ya no es capaz de hablar. Según parece, la paciente cada vez se encontraba más cerca del origen de sus síntomas, que no era otra cosa que una idea reprimida, es decir, algo que ella no recordaba. En concreto, se trataba de la idea o el deseo de que un hombre que le era prohibido por su condición social le abrazara y le robara un beso. Y es precisamente en ese momento, cuando la paciente se encontraba más próxima al recuerdo patógeno que, como no puede recordarlo, pasa a repetirlo escenificándolo o poniéndolo en acto sobre la persona del médico, en este caso, Freud¹⁰. En lugar de rememorar, la paciente actúa (*agieren*) sobre la persona del médico mediante un «falso enlace», indicando con ello que la transferencia siempre tendrá algo de falso, de mentira, de engaño. Y aclara además que «cuando en el tratamiento las cosas se han llevado a este punto, se puede decir que la anterior neurosis ha sido sustituida por una nueva, la neurosis de transferencia»¹¹ de la cual el enfermo puede ser curado mediante el trabajo terapéutico.

En este sentido pareciera que la transferencia es un obstáculo a ese recordar, un obstáculo a la cura. Efectivamente, así es, ésa es una de las vertientes de la transferencia de las que habla Freud. Pero la transferencia también tiene otra cara y es la que le interesa a Freud, él dice que si el médico sabe leer lo que está en juego, entonces puede tener acceso al inconsciente. Es decir, el analista debe saber manejar esta frágil frontera entre repetir y recordar¹². En este segundo sentido, la transferencia es el motor del tratamiento analítico. Es decir, tiene una vertiente negativa que tiene que ver con la pulsión; y otra vertiente positiva que tiene que ver con el significante, el desciframiento y el inconsciente.

DORA

Otro punto importante donde vemos los entresijos de la transferencia es en el caso Dora¹³. Un caso del que nos habla Freud en el que el tratamiento

¹⁰ Cf. FREUD, S. (1992 [1912]), «Sobre la dinámica de la transferencia», AE XII.

¹¹ FREUD, S. (1992 [1920]), *Más allá del principio de placer*, AE XVIII, p. 18.

¹² Cf. FREUD, S. (1992 [1914]), «Recordar, repetir y reelaborar», AE XII.

¹³ Cf. FREUD, S. (1992 [1905]), *Fragmento de análisis de un caso de histeria*, AE VII.

no marchó como se esperaba, un caso que el propio Freud reconoce que fracasó. Ella abandonó el tratamiento y Freud trató de explicar cuáles fueron las razones de dicho desenlace.

Dora va a ver a Freud en un estado alterado y le cuenta, de manera reivindicativa, que su padre está dispuesto a todo, incluso a entregársela a un amigo, el Sr. K, con tal de desembarazarse de ella y así poder asegurar él su relación con una dama, la esposa del amigo, la Sra. K. El padre de Dora, también amigo de Freud, le había advertido que ella no atendía a razones. Entonces Freud, en este momento, lo que hace es darle toda la razón a Dora, aceptar sus palabras y considerar que tienen una lógica, que su padre no jugaba un juego limpio. En la disputa entre Dora y su padre, Freud, en contra de lo que pudiera parecer dada su amistad con el padre, se ubica del lado de Dora, del lado de la paciente. Con esta maniobra consigue establecer una relación que permite el inicio del trabajo de la paciente. Sin embargo, a medida que avanza el tratamiento Freud nota que las cosas no van bien. Nota que la paciente se le escapa y escribe «no logré dominar la transferencia a tiempo»¹⁴. Examinemos los motivos que alega Freud.

Al principio, Freud comenzó a advertir que Dora transfería en él la figura de su padre, quizá porque eran amigos, quizá por la notoria diferencia de edad entre ambos o por la hostilidad y desconfianza que sentía hacia el analista. El caso es que ella pone a prueba en todo momento en la transferencia su hostilidad hacia el padre mostrándosela a Freud quien le recalca «usted obra eso como lo hace con su padre», es decir Freud le interpreta la transferencia. Posteriormente, en un segundo momento, Dora se propone abandonar la cura al igual que había abandonado la casa del Sr. K, pero Freud prefiere no decirle lo que pensaba al respecto, que había realizado la transferencia del Sr. K a su persona. Y he aquí el error. Este hecho, el no haberle interpretado nuevamente la transferencia es lo que describe como error. Y es que para Freud, en aquel momento, adueñarse de la transferencia se refería a interpretarla para abolir cualquier obstáculo, permitir que emergiera el recuerdo a lo consciente y así poder trabajarla en la cura.

¹⁴ *Ibid.*, p.103.

LAS MÁSCARAS DE LA TRANSFERENCIA

Es decir, primero es el padre y después el Sr. K. Por eso Freud advierte que siempre hay que estar al acecho del nuevo personaje que llega, porque la situación transferencial va a repetirse. El tratamiento avanza precisamente con las diferentes máscaras con las que el paciente cubre al analista. Cuando uno advierte la máscara que lleva, podrá hacer asociar para recordar las secuencias del conflicto. La cuestión es que siempre estará presente algún tipo de máscara, por eso Freud al principio habla de transferencias en plural y no en singular.

Hay una escena muy famosa en la historia del psicoanálisis que es la escena en la que Dora le da una bofetada al Sr. K. El Sr. K quiso seducir a Dora, estuvo durante meses haciéndole múltiples regalos, de la clase de regalos que en la sociedad vienesa de entonces se hacían a las novias o amantes, regalos que Dora aceptaba. Cuando caminaban por el estanque, y para seducirla, pronunció esta frase que se ha convertido en célebre desde entonces: mi mujer no significa nada para mí¹⁵. Es ahí cuando Dora le da la sonada bofetada. Se la da porque el verdadero objeto de interés de Dora no es el Sr. K, sino la Sra. K. Aquella frase entonces, representaba para Dora una verdadera injuria hacia ella. Esa mujer, aquella sobre la que Dora mostraba todo su interés, no era nada para él. Entonces vemos que detrás de la máscara del padre está la del Sr. K, detrás de la máscara del Sr. K está la Sra. K y, en este sentido, podemos preguntarnos, ¿Qué hay detrás de la Sra. K? ¿Por qué le interesa tanto a Dora?

En realidad, pareciera que esta alternancia de máscaras en realidad fueran un intento de dar cuenta de algo que resulta difícil de simbolizar y que nunca acaba siendo apresado del todo¹⁶. Así, cada persona repite determinadas secuencias, máscaras, actos o síntomas, en un intento de atrapar, de aislar, de volver a encontrarse con ese resto de real al que podemos llamar objeto *a*.

¹⁵ *Ibid.*, p.87. «Usted sabe, no me importa nada de mi mujer».

¹⁶ Cf. LAURENT, E. (1994), *Entre transferencia y repetición*. Buenos Aires: Atuel.

LA UNIVERSALIDAD DE LA TRANSFERENCIA

Hemos visto cómo la transferencia comenzaba a ser algo propio del análisis, algo además que se percibía en todos los casos, no sólo en Anna O. y en Dora. También los discípulos de Freud comenzaron a percibir el mismo fenómeno. La misma Sabina Spielrein se había echado a los brazos de Jung, que al igual que Breuer, terminó por pensar que tal enamoramiento era concretamente hacia su persona. Sin embargo, Freud vislumbró el carácter universal de la transferencia, es decir, no se trataba de que Sabina se hubiera enamorado de Jung, o de que Anna O. lo hubiera hecho de Breuer, como si se pudieran haber enamorado en cualquier otro contexto, por decirlo de alguna manera, si no que se trataba de que este enamoramiento surgía como resultado de todo tratamiento analítico, fuera quien fuera el terapeuta, y era el índice de que las cosas estaban cerca de salir a la luz. El propio Thomas Szasz hacía alusión a esta cuestión diciendo que «cuando me miran a mí que soy feo como un piojo, me pregunto cómo es posible que se aferren a mi persona»¹⁷. La paciente ama y el psicoanalista no ha hecho nada para seducirle, no ha hecho otra cosa que iniciar el tratamiento. Por eso Freud decía que el analista no debía perder de vista su meta, es decir, el médico no puede hacer como cuando en una carrera de perros, donde el premio es una ristra de salchichas, dejar que un bobo la arruine lanzando una sola salchicha a la pista sobre la que se abalanzan los perros, olvidando la carrera y la ristra que aguarda al vencedor¹⁸.

Para Freud esta cuestión quedaba clara e insistía en que la respuesta del analista frente a la demanda de amor no pudiera ser otra que la abstinencia. En realidad, se trata de una especie de respuesta que realza la santidad. De hecho, Lacan presenta al analista como un santo, algo que remite a un chiste de Michel Foucault relatado por Mathieu Lindon, santo no es aquel que ofrece la mejilla derecha después de haber sido golpeado en la izquierda, sino el que soporta a un enamorado cuando él mismo no lo está¹⁹.

¹⁷ Cf. SZASZ, T. (1957), *On the theory of psychoanalytic treatment*, *International Journal of Psychoanalysis*, 38 (3-4), pp. 166-182.

¹⁸ FREUD, S. (1992 [1912]), «Puntualizaciones sobre el amor de transferencia», AE XII, p. 172.

¹⁹ LINDON M. (2013), *Ce qu'aimeur veut dire*. París: Gallimard.

Por lo tanto «la transferencia no es la puesta en acto de la ilusión que nos empujaría a una identificación alienante» (como los posfreudianos habían tratado de concluir), sino que «la transferencia es la puesta en acto de la realidad del inconsciente»²⁰. Eso es lo importante. Lo importante es la repetición compulsiva de los significantes de la historia del sujeto, no los afectos de amor y agresividad. De hecho, esos significantes hacen avanzar la cura, mientras que los afectos la frenan.

¿Interpretar la transferencia?

Respecto al abordaje que se le da a la transferencia, convendría aclarar una cuestión técnica importante. En el caso Dora hemos visto cómo la manera de hacer de Freud con la transferencia era interpretándola. Esto se convirtió en el método utilizado por los posfreudianos y como consecuencia de este proceder se desarrolló, en parte, en la historia del psicoanálisis, toda la problemática de los trastornos límite. Cuando a una paciente histérica se le dice, por ejemplo, que «usted hace esto o aquello porque está transfiriendo sobre mí la relación que tenía con su padre», esto no puede sino generar un profundo enfado, una desestabilización y la sensación de que no se tiene en cuenta las palabras de la paciente. Es decir, se genera y se potencia la inestabilidad emocional propia de los llamados *borderline*, que no es otra cosa que la respuesta de enfado de una paciente que no se siente escuchada. Algo parecido ocurrió con Dora, Freud se empeñaba en hacer interpretaciones que Dora rechazaba constantemente, hasta que al final abandona el tratamiento. Sin embargo, Freud fue desarrollando la técnica y la interpretación de la transferencia fue quedando atrás.

Hay un bonito ejemplo de cómo Freud pasó a tratar la transferencia. Este ejemplo se encuentra en el análisis con Freud que llevó a cabo la poetisa y novelista estadounidense Hilda Doolittle. La autora, recuerda su análisis con el Profesor Freud, un Freud septuagenario. Ella relata una curiosa anécdota²¹. Hilda Doolittle había enviado a Freud un ramo de gardenias, sus

²⁰ LACAN, J. (1987 [1964]), *El seminario, Libro XI. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis* Buenos Aires: Paidós, p. 152.

²¹ BASSOLS, M. (2014), «Las paradojas de la transferencia», *Virtualia*, 29.

flores favoritas, para su cumpleaños, cosa que hacía siempre en esa misma fecha. En aquella ocasión, ella olvidó escribir su nombre en la nota que acompañaba a las flores. Freud tuvo en cuenta este olvido y le respondió con una carta suponiendo que había sido ella quien le había hecho el regalo. La novelista no supo qué había enfurecido tanto a Freud. En su siguiente sesión habló con cierta distancia e indiferencia, con menos implicación que en otras ocasiones, hasta que Freud interrumpió sus palabras golpeando con la mano en el diván y diciendo: «el problema es que soy un anciano; usted no cree que valga la pena amarme». El impacto de estas palabras impidió que ella pudiera agregar cualquier otra cosa, y se preguntó qué era lo que Freud había querido decir.

Cabe destacar, que para ella Freud ocupaba un lugar muy destacado y que lo admiraba y estimaba por muy diversas razones, es por ello que ella explica lo sucedido con las siguientes palabras: «Fue exactamente como si el Ser Supremo hubiera golpeado con el puño en la parte posterior del diván donde yacía»²². Es decir, es el mismo Ser Supremo quien habla desde ese lugar de sugestión para decir que ella no lo considera un ser tan adorable, ya que es un anciano. Freud recalca la mentira propia del amor de transferencia, de que, aunque lo admire, no lo ama ni lo desea, simplemente lo idealiza. Ella ha estado mintiendo sobre su objeto de amor y él lo pone de manifiesto golpeando en el diván.

Es decir, trata de golpear y despertar al sujeto en su división alejándolo de los efectos de la sugestión con la pregunta ¿Qué es lo que tú quieres? ¿Cuál es el objeto de tu deseo? Por lo tanto, no se trata de una interpretación de la transferencia como los postfreudianos solían hacer, sino que aquí Freud le interpreta apoyándose en la transferencia, pero con la intención de separar a la paciente de los efectos de la sugestión.

EL SUJETO SUPUESTO SABER Y EL DESEO DEL ANALISTA

Hemos visto que la transferencia es el amor, un tipo de amor especial. El paciente viene a consulta con la pregunta de que no sabe qué le pasa. Hay una falta de saber y espera encontrar en el tratamiento ese saber que no tiene.

²² DOOLITTLE, H. (1984), *A tribute to Freud: Writing on the Wall-Advent*, New York, New Direction Books, p.16.

Está en falta y trata de encontrar en el análisis o en la figura del analista ese saber. Lacan introduce aquí el concepto de *Sujeto Supuesto Saber*, que es la atribución de un saber al Otro, pero no el Otro como persona, sino como lugar. Y hace de este concepto el pivote de la transferencia. Alcibíades atribuía a Sócrates un saber y es sobre ese saber que pivotaba la transferencia. Pero a diferencia de las prácticas de la sugestión como la psiquiatría y la psicología, el analista se niega a usar el poder que le otorga la transferencia, porque para él, el único que sabe es el inconsciente mismo del sujeto.

Esto es algo muy importante en el tratamiento de la psicosis. Por el riesgo que se produce de generar una serie de fenómenos transferenciales devastadores, persecutorios o erotomaniacos, cuando el terapeuta se ubica en la posición de saber, que en realidad es una impostura.

Veíamos también con Sócrates la diferencia que se establece entre deseo y demanda, conceptos que a menudo se confunden. Alcibíades le demandaba a Sócrates que le amara, pero Sócrates desde su posición, que como decíamos representaba la nada, es capaz de interpretarle y decirle que en realidad no lo ama a él, sino a quien se sentaba a su lado, Agatón. Es decir, no responde a su demanda y enfrenta así al sujeto a una verdad que le es devuelta. En el momento en el que el sujeto acepta que el saber está en su propio discurso, se produce un cambio del amor de transferencia en transferencia de trabajo, haciendo posible la aceptación de que el analista no tiene el saber y donde el sujeto habrá de elaborar un saber sobre su propio goce. Este será su descubrimiento. Es decir, el analista no tiene que guiar hacia un saber, sino hacia las vías de acceso hacia ese saber.

CONCLUSIÓN

El problema que muestran estas cuestiones sobre la transferencia surge cuando algunos profesionales intentan hacer que los pacientes piensen las cosas como ellos. La clínica actual está basada en este criterio, muchos trastornos son identificados como tales cuando «se apartan acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto»²³. Esto era precisamente lo que planteaban los posfreudianos, atribuir un poder al analista para decidir

²³ APA, (2014), DSM-5, Madrid, Editorial Médica Panamericana, p.645.

cuándo el analizante estaba adaptado a la realidad y cuándo no, basándose para ello en su propia percepción correcta de la realidad. La parte sana del yo, como decían los posfreudianos, sería esa parte del yo que pensaría como el analista, convirtiendo al psicoanálisis, al igual que las demás prácticas psiquiátricas y psicológicas, en el ejercicio de un poder.

¿Bajo qué criterios un terapeuta, de cualquier orientación, médico o psicólogo, puede decidir lo que es la realidad y a qué se tiene que adaptar o a qué no el paciente? Resulta del todo disparatado hablar de que exista una única realidad objetiva, un único punto de vista y pretender que sea el terapeuta quien posea los criterios para definirla. Esto, desde luego, es una falacia. La ciencia moderna nos pone en jaque sobre una concepción de la realidad tan ingenua. Por lo tanto, cuando el profesional supone que él está mejor adaptado a la realidad que el paciente, reduce la cura a una sugestión, en la cual impone sus propias ideas al paciente²⁴. Este profesional desconoce, como decía Freud, que «nadie puede ir más allá de lo que le permiten sus propios complejos inconscientes y sus resistencias internas»²⁵. Por eso aconsejaba que «el que no se analiza no sólo se verá castigado por su incapacidad para aprender de sus enfermos más allá de cierto límite, sino que además puede convertirse en un peligro para el otro»²⁶.

La idealización del terapeuta como quien detenta el lugar del saber –la «autoridad del médico»²⁷ la llamó Freud– supone el peligro del enamoramiento del paciente hacia su persona (con el peligro añadido de generar una erotomanía de Dide en caso de que se trate de una psicosis) y el peligro del *furor sanandi*, un goce omnipotente y omnisciente junto a la fantasía de hacer al paciente a nuestra imagen y semejanza. De lo que se trata, por el contrario, y de esto daba ejemplo Sócrates, es de no imponer un saber sobre el paciente sino de ayudarlo a acceder al camino para encontrar cuál es su verdadero deseo, no el nuestro, y así hacer resplandecer aquello que al paciente lo hace único. De eso trata la ética de la individualidad, la particularidad y la propia elección del sujeto.

²⁴ Cf. FREUD, S. (1992 [1919]), «Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica», AE XVII.

²⁵ FREUD, S. (1992 [1910]), «Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica», AE XI, p.136.

²⁶ FREUD, S. (1992 [1912]), «Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico», AE XII, p. 116.

²⁷ FREUD, S. (1992 [1912]), «Puntualizaciones sobre el amor de transferencia», AE XII, p. 166.

Tras la pista de Lacan... Sainte-Anne

Isabel Reyes de Uribe-Zorita. Psicóloga Clínica
Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Correspondencia: isa_zorita@hotmail.com

Hace un tiempo tuve la oportunidad de realizar una estancia de formación en el Centro Hospitalario Sainte-Anne de París. Uno de los principales alicientes para elegir este destino fue su bagaje histórico, ligado a grandes figuras de la psiquiatría, el psicoanálisis y la filosofía. De hecho, mi estancia tuvo lugar en el Instituto de Psicoanálisis, heredero de la labor que inició Jacques Lacan tanto en el ámbito clínico como en el de la docencia. Allí se siguen realizando seminarios, presentaciones de enfermos, sesiones clínicas... en el mismo entorno que fue testigo de los inicios del joven psicoanalista.

Después de conocer el Sainte-Anne, no pude dejar de investigar su historia.

Este gran complejo hospitalario está ubicado en el distrito 14 de París, en el extremo sur de la ciudad. Sus orígenes se remontan al siglo XIII en el cual se edifica con el nombre de "Casa de la salud" (Maison de Santé) transformándose en la Sanidad Saint Marcel en el siglo XV. En ese momento fue destinado a albergar a los "enfermos contagiosos" durante la peste. En 1650 toma el nombre de Centro Hospitalario Sainte-Anne por voluntad de Ana de Austria quien hizo construir allí un hospital. El edificio, poco utilizado, acaba convirtiéndose en una explotación agrícola, la "granja Sainte-Anne", donde venían a trabajar los alienados del asilo de Bicêtre, con una importante actividad durante unos años.

En 1863 será cuando Napoleón III lo convierte en un hospital psiquiátrico, un "asilo" creado con el propósito de convertirse en un lugar de tratamiento,

de investigación y de enseñanza acerca de las enfermedades mentales. Esto sucede unos 70 años después de la aparición de la corriente Alienista que comienza con Pinel, médico jefe del hospital de Bicêtre por entonces, en 1793, quien libera a los pacientes de sus cadenas y a partir de su concepción comienza a verse al sufrimiento mental como una enfermedad, dándose importancia al psiquismo.

De hecho, en el Hospital Sainte-Anne es donde se realizan algunas de las primeras experiencias de “puertas abiertas” de París, que permiten a los pacientes tener salidas. Sin embargo, al final de los años 1930, en vísperas de la segunda guerra mundial, el clima tiende a la exclusión y los locos, acusados de ser causantes de la degeneración de la raza, son nuevamente encerrados en los asilos.

Ésta es la situación cuando un joven Jacques Lacan entra a formarse como interno en este hospital entre los años 1927 y 1931. Allí comienza la formación clínica, trabaja en el hospital de Sainte-Anne, en la segunda sección de la mujer y en la Clínica de Enfermedades Mentales y encefálicas dirigidos por el profesor Henri Claude. Posteriormente también pasará por el Servicio Especial de Enfermería de la Prefectura de Policía donde Clérambault tenía una práctica. Durante estos años coincidió en la sala de guardia con Henry Ey, uniéndoles a partir de ese momento una fuerte amistad.

Así nos lo relata Elisabeth Roudinesco en la biografía que escribe sobre el psicoanalista: «en la cafetería de la sala de guardia formaba parte, con algunos camaradas, de la aristocracia de los candidatos a la clínica. Tomaba sus comidas en la “mesa pequeña” animada por Henri Ey, donde se utilizaba el vocabulario elegante de la fenomenología, mirando con desprecio al viejo organicista de Édouard Toulouse.

(...) «A pesar de la transformación de la nosología psiquiátrica, aportada por los trabajos de Freud y de Breuer, el asilo de los años treinta se parecía todavía a ese universo carcelario heredado del Gran Encierro. El uniforme era obligatorio para los enfermos, se abría el correo, los objetos personales quedaban confiscados. En cuanto a las mujeres, se las inscribía bajo su nombre de soltera y perdían así su identidad acostumbrada. Los agitados corrían el riesgo de la camisa de fuerza, temible bata de una humillación ordinaria, o el baño humillante, sombrío instrumento de sudores y vértigos». (Roudinesco, 1995, p. 41)

Es en Sainte-Anne, donde se cruzarían los caminos de Lacan y de Aimée. Se trataba de un caso mediático ya que la joven enferma había atacado a una famosa actriz de la época. Lacan queda atraído por esta mujer con la que charla largamente y a la cual elige como caso principal para su tesis doctoral, *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*, publicada en 1932. Aimée ya había vivido un ingreso anterior en el mismo centro seis años antes, sin embargo, no es hasta este encuentro en 1931 que su nombre (o mejor dicho, su sobrenombre) queda unido al de Lacan y al del Sainte-Anne. Allí pasará un largo periodo de su vida, desde su ingreso después del atentado.

Caso similar fue el de Louis Althusser, el célebre pensador influido por el psicoanálisis, quien también fue detenido tras estrangular a su pareja en noviembre de 1980 y fue trasladado al hospital de Sainte-Anne, donde permaneció tras ser declarado inimputable y por tanto, irresponsable del crimen cometido. Aquejado de fuertes períodos de melancolía alternos con una exaltación intensa, había sufrido varios ingresos con anterioridad, alguno de los cuales en este mismo hospital.

Lacan y Althusser no sólo compartieron tiempo y espacio. Ambos estaban relacionados con la filosofía, con la psiquiatría y con el psicoanálisis. Aunque desde posiciones diferentes, Althusser fue un admirador del pensamiento de Lacan por el cual se vio influido, invitándole a dar su seminario en la École Normale Supérieure, una vez que Lacan fue expulsado de Sainte-Anne en 1963.

Estos célebres seminarios a los que me he referido, Lacan comenzó a impartirlos en 1953, lo que supuso su regreso al psiquiátrico donde se inició. Los seminarios en el anfiteatro del hospital tenían lugar todos los miércoles mientras que las presentaciones de casos se realizaban los viernes.

Nuevamente dejemos que Roudinesco nos relate esta experiencia: *«En el anfiteatro del hospital Sainte-Anne donde se desarrollaba cada semana su seminario, hablaba con voz sincopada, atiborrada de suspiros y de resonancias. Traía siempre algunas cuartillas cubiertas de notas y de croquis cuya función era acompañar el largo suspenso de una palabra a la vez retenida y desvelada. (...) El seminario era el lugar de una catarsis colectiva donde cada oyente podía tener la certidumbre de que el orador se dirigía a él solo. De 1953 a 1963, ese lugar fue un verdadero laboratorio*

de investigaciones para todos los que lo frecuentaron: filósofos, psicoanalistas, escritores. Reinó allí una atmósfera de banquete socrático que desapareció más tarde, pero cuyas huellas se encuentran en los intercambios entre el maestro y sus interlocutores: diálogos extremadamente ricos» (Roudinesco, 1995, p. 383).

Repasando la historia de Sainte-Anne, también debemos recordar a otro célebre pensador de la época, Michel Foucault, quien realizó las prácticas de sus estudios de psicología en dicho centro. Su estudio en filosofía estuvo supervisado por Louis Althusser, uniéndoles además un lazo de amistad. También pudo asistir a los seminarios impartidos por Lacan. Pero además estuvo vinculado desde un lugar bien diferente puesto que, sus accesos melancólicos y un intento de suicidio le llevaron a internar en la unidad psiquiátrica. Esta experiencia le llevó a reflexionar sobre *El poder psiquiátrico* que ha servido de influencia para el movimiento antipsiquiátrico.

Entre tanta celebridad del mundo “psi” no podía faltar tampoco la parte de romance ya que este lugar también fue testigo de las citas del joven Lacan con sus dos amantes de entonces, Olesia y Marie Thérèse. También coincidió Henri Ey en sus años como residente en el hospital con la que sería su compañera sentimental durante su vida. Por lo que vemos las paredes del Sainte-Anne tienen mucha historia que contar.

Durante el periodo del paso de Lacan, tuvo lugar uno de los hechos más destacados dentro de la historia de la psicofarmacología y de la psiquiatría. En Sainte-Anne convivían por aquella época el psicoanálisis y la corriente médica. En 1952, Pierre Deniker y el jefe del servicio de hombres, Jean Delay (también fue quien atendió a Foucault tras su intento de suicidio en 1948 a petición de éste), comprueban y describen los efectos antipsicóticos de la clorpromazina, dando inicio a una verdadera revolución en el tratamiento de la psicosis. Otro de los asistentes, Jean Thuillier, testigo del momento, relata en uno de sus libros cómo se produjo este acontecimiento. Narra cómo los enfermos agitados se calmaban tras la inyección. En sus palabras:

« (...) la calma psíquica producida por el medicamento, se acompañaba de una sedación psíquica; las injurias, los sarcasmos, las palabras delirantes, absurdas disminuían de intensidad y poco a poco cedían.

Curiosamente, la vuelta a la calma se acompañaba de una disminución de la con-

fusión mental y de un restablecimiento normal del curso del pensamiento.» (Thuillier, 1981, pp. 116-117).

Sigue relatando:

«Todavía mejor, el nuevo medicamento manifestaba otras propiedades terapéuticas; labrándose un camino en la mente atormentada, no entraba en esta únicamente para calmar la excitación y las divagaciones del delirio, sino también para liberar de sus inhibiciones al enfermo ensimismado en la pasividad, la inacción, y ponerle en contacto con un mundo del que se había excluido.» (Thuillier, 1981, p. 118).

Jean Thuillier nos describe también uno de los seminarios de Lacan a los que pudo asistir en esas mismas fechas:

«Con la mirada puesta de relieve por las finas gafas montadas en oro, el pelo gris al cepillo, la pajarita con las alas bien puestas sobre el cuello de la camisa y el revés de la chaqueta de gran corte, Jacques Lacan, debía estar guapo para su auditorio; tenía que estarlo, y lo estaba.

(...) El tono, el ritmo, el encadenamiento de las frases eran sublimes, y el encanto operaba poco a poco en toda la asistencia; primero, seducida, después en éxtasis, y finalmente hechizados por el juego de un estilo mágico, de una fraseología soberbia, y por la extraordinaria paradoja de un actor que interpreta un gran papel declamando un texto fantasma. En efecto, las frases de Lacan realizaban el prodigio de estar perfectamente construidas, con todos los constituyentes lógicos del discurso pero con tantas discursivas y antonimias, que la comprensión se anulaba entre el sujeto y el atributo, el verbo y el complemento. Ante la imposibilidad de captar ni un solo enunciado, me sentí invadido por una agnosia, por una sordera verbal, al no entender nada de lo que decía el orador, y tanto más angustiado al ver al auditorio suspendido a sus labios.» (1981, pp. 129-130).

En el pasado Sainte-Anne dio muestra de cómo pueden convivir ambas corrientes, algo que deberíamos recuperar ya que una escucha subjetiva no implica ni debe confundirse con negar la biología.

Si bien, una cosa es la biología y otra bien distinta el biologicismo que resulta ser más constrictivo al depositar nuestra capacidad de actuar, pensar, sentir y casi nuestro destino en manos de los genes, las hormonas y nuestra estructura neuroanatómica. De esta forma prácticamente anula la responsabilidad del sujeto. Responsabilidad a la que hacía alusión Louis Althusser

en su obra *El porvenir es largo*, precisamente por haber sido declarado irresponsable del crimen que cometió. Hace referencia a ese “no ha lugar” de su sentencia para advertir del daño que se hace al despojarle al sujeto de su responsabilidad.

Recordemos que fue en Francia donde tuvo lugar una nueva forma de entender la psiquiatría, con el tratamiento moral que inició Pinel, señalando la importancia del psiquismo mental de los locos y de necesidad de cambiar la institución.

De los comienzos de Sainte-Anne como asilo, hubo muchos cambios hasta que aparecieron figuras dispuestas a escuchar y a hablar de la subjetividad. Esta evolución fue narrada por Foucault, ya mencionado con anterioridad, en su *Historia de la locura en la época clásica*, concluyendo que el asilo en el que se sigue manteniendo a los locos es también un régimen de autoridad. El loco está libre ahora de sus cadenas, pero está preso de la moral burguesa.

En su momento el movimiento antipsiquiátrico promovía la liberación de las cadenas y el cierre de los asilos; hoy los asilos se han convertido en unidades hospitalarias cerradas y las cadenas son de otra índole pero los que hemos tenido la suerte de formarnos en esta forma de trabajar seguimos buscando la responsabilidad como forma de liberación para el sujeto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALTHUSSER, L. (1995). *El porvenir es largo*. Barcelona: Ediciones Destino.
- FOUCAULT, M. (2005). *El poder psiquiátrico*. Madrid: Akal Universitaria.
- FOUCAULT, M. (2006). *Historia de la locura en la época clásica*. Madrid: Fondo de cultura económica de España.
- GROS, F. *Michel Foucault*. 2007. Buenos Aires: Amorrortu.
- ROUDINESCO, E. (1995). *Jacques Lacan. Esbozo de una vida, historia de un sistema de pensamiento*. Barcelona: Anagrama.
- THUILLIER, J. (1981). *El nuevo rostro de la locura. Una revolución psiquiátrica*. Barcelona: Planeta.

*Mi historia del psicoanálisis en Galicia**

Antonio Lage Tesouro. Psiquiatra
Menorca

*Conferencia pronunciada en la Real academia de Medicina y Cirugía de Galicia, el 12 de mayo del 2016, A Coruña.

Escribo este discurso, invitado por el Dr. Luis Ferrer para leerlo en esta digna Institución. Tengo los suficientes años para haberme olvidado de muchas cosas, pero algo queda, que por algo será. Esta frase me trae al pensamiento otra de otro autor perdido en la memoria: la cultura es lo que queda después de olvidarlo todo.

Olvidar mucho de lo aprendido en cincuenta años de práctica psiquiátrica y hablarles de lo que me queda.

La historia es una reconstrucción desde el presente. No pretendo darles una charla erudita. No es un estudio elaborado de la historia del psicoanálisis en nuestra tierra, sino que trata de enlazar recuerdos vividos, ya que creo que en los momentos cruciales de esta historia yo pasaba por allí. Es mi testimonio. Ha pasado mucho tiempo desde el año 1976, fecha para mi determinante, y es posible que se hayan hecho otros trabajos sobre el tema. No me preocupé en buscarlos. Prefiero hacerlo conscientemente desde mi subjetividad, para equipararlo con el del paciente, que el cientificismo de la psiquiatría dominante actual, está disolviendo. Y me atrevería a decir que no solo en el campo de la psiquiatría y de la psicología, sino también en el campo de la medicina general.

El sujeto se sustituye por el protocolo y no es por nada que circule (aunque sea a modo de chiste), que el fonendoscopio es lo que diferencia en

un hospital a un médico de un enfermero. A mi juicio el protocolo y la informática están alterando la relación médico-paciente, que, hasta la aparición de la medicina científica, tan reciente, fue el único pilar que la sostuvo. El médico mira más al ordenador que al paciente. Ya casi no lo toca aunque lo someta, a veces sin justificación, a aparatos de tortura como ese féretro ruidoso de la resonancia magnética.

Vivo en Menorca desde hace quince años y veo cada día el florecimiento de las medicinas alternativas, que llega hasta personas muy próximas. La homeopatía, las flores de Bach, la osteopatía (hasta me llegó un paciente que cree en la cábala inglesa, y no estaba loco), y creo que estos placebos ejercen su efecto porque el curador ocupa un lugar de supuesto saber y escucha al paciente. Esto, con el efecto placebo y la homeóstasis producen sus resultados.

Y que esto pase en psiquiatría... recuerdo el caso de una persona muy próxima, con un grave problema familiar que lo curaba con alcohol. Era gente de dinero y se fue a Barcelona a uno de los psiquiatras más caros. Me contó que lo primero que le dijo el psiquiatra, es que no quería saber nada de su vida, sino exclusivamente de sus síntomas. Parece mentira pero es rigurosamente cierto. La paciente hizo luego un cáncer de mama y se murió.

Vuelvo a mi historia.

Empecé a estudiar medicina en Santiago en el año 1961, por identificación con un tío paterno médico, de los que cuando entraba en la habitación ya te sentías mejor.

Sólo recuerdo a Domínguez, cátedro de Fisiología, de hablar seductor (el Ciclo de Krebs, y que por los mecanismos homeostáticos morir era muy difícil) y a Villamil, como maestros. La historia de la medicina era una maría que daba un viejo simpático llamado Villanueva. Allí íbamos a dormir, porque algunas veces tomaba lista y se burlaba de los apellidos que eran un poco raros. No sé si dijo palabra alguna de psicoanálisis. Tampoco recuerdo que Villamil lo mencionara. Era muy organicista y confiaba en que se descubriera que un virus en la época infantil podría producir la esquizofrenia. Pero nos contaba las historias macabras del hospital de Conxo del que fue director. También nos dijo que los primeros catedráticos de psiquiatría,

de origen reciente, provenían de la medicina legal, y es posible que nos hablase del psicoanálisis, pero seguramente de una manera muy crítica.

Pero la psiquiatría no estaba medicalizada. Recuerdo a un alumno de un curso anterior, el Drama, que se complacía mirando la lista de los suspendidos en patología médica (catedráticos de paso hacia Madrid o Barcelona) y si había algún conocido delante les decía: “tú ¿psiquiatra o dentista?”; Pues yo, aunque aprobaba, tiré para psiquiatra. Era más humanista. Y aunque la mecánica me gustaba, la cirugía me parecía imposible. Luis Ferrer me dijo que otro buen maestro, Sánchez Salorio era académico de esta institución. Cuando estudiaba segundo, me atreví a pedirle si operaba a mi madre de un xantelasma. Lo hizo amablemente, pero me mareé en el quirófano.

De aquella época recuerdo una conferencia de Rof Carballo en el Hostal de los Reyes Católicos. Era de Lugo y sabíamos su importancia dentro de la Otra Medicina. De su conferencia sólo recuerdo una frase: “el pulpo es el animal totémico de Galicia, y, a diferencia de otras culturas, en las que la culpa del asesinato del padre por la horda primitiva prohíbe matar al tótem, nosotros nos lo comemos”. Y debo decir que soy de Carballiño.

Conseguí entrar en Toén, con Cabaleiro como asistente voluntario. Vi el último coma insulínico que allí se hizo, y los últimos electroshoks ¿cómo puede mejorar el loco al estar al borde de la muerte?

Leíamos a los clásicos: Kraepelin, Bleuler, Jaspers, Kretschmer, Henri Ey y los Temas Psiquiátricos de Cabaleiro. Era una Psiquiatría Organicista (hacíamos punción lumbar sistemática a los locos que ingresaban) y existencialista (Martin Santos).

La principal referencia filosófica de Cabaleiro era Xavier Zubiri. Creo recordar que decía en su nombre que enfermar era una manera de estar en el mundo. Los estudios de los clásicos franceses y alemanes eran de una gran riqueza clínica. Sabíamos mucho de locuras y de locos, pero teníamos poco que hacer con ellos, poco más que una biopatografía, pero sin elementos que le dieran sentido, neurolépticos y una laborterapia mal empleada y dirigida. Los neurolépticos frenaban el delirio, y los antidepresivos tenían un 4% más de éxito que el placebo. Una profunda decepción.

En esta época, en unas Jornadas en el Servicio de Neurología del Dr. Luis Barraquer Bordás, en el Hospital de Sant Pau de Barcelona, me sorprendió que afirmaba la relación entre el sistema límbico y el psicoanálisis, como más tarde leí en Rof.

Nos interesaba Freud, pero no había maestros ni psicoanalistas. Si los clásicos eran exhaustivamente descriptivos, Freud había descubierto el sentido.

Vuelvo hacia atrás, a mi historia. Me vienen a la cabeza, balbucean en mis dedos: García Sabell, Nóvoa Santos y Rof Carballo.

Retornan después de mis estudios de psicoanálisis. García Sabell fue médico de mi abuela al que visitaba en Santiago (a Fonte Limpa) después de pasar por Lalín, donde la veía un curandero al que pagaba trabajando en su huerta mi tío que la acompañaba.

García Sabell fue traductor de Heidegger y de Joyce. Heidegger, en *El camino al habla* dice: “*El camino al habla - esto suena como si el habla se hallara muy lejos de nosotros, en cualquier parte a donde debiéramos primero encaminarnos. Pero ¿se necesita de un camino al habla? Según una antigua doctrina somos nosotros mismos aquellos seres capaces de hablar y por ello ya poseedores del habla. La capacidad de hablar no es sólo una de las facultades del hombre, de idéntico rango que las demás. La capacidad de hablar constituye el rasgo esencial del hombre. Este rasgo distintivo contiene el esquema de su esencia. El hombre no sería hombre si le fuera negado el hablar incesantemente, desde todas partes y hacia cada cosa, en múltiples avatares y la mayor parte del tiempo sin que sea expresado en términos de un «es». En la medida en que el habla le concede esto, el ser del hombre reside en el habla*”.

Jacques Lacan, psiquiatra y psicoanalista con cuyos textos empezamos a estudiar psicoanálisis, es quien sostiene con mayor vigor el psicoanálisis en la actualidad.

Al final de su enseñanza habla del parlêtre: la fusión del ser y la palabra. Se ve la coherencia y la consistencia de la cita. Con respecto a Joyce, Lacan dedicó un curso académico (74-75) a contestar la pregunta ¿Joyce estaba loco?, para contestar, que como otros artistas, el acto creativo le llevó a llenar el hueco que atendiendo a su patobiografía, lo habría llevado a la psicosis. Son innumerables los trabajos psicoanalíticos que hablan de su vida,

de su obra y del estallido brutal de la psicosis en su hija Lucía.

Locura y creatividad. Otro tema importante para Rof Carballo.

Nóvoa Santos también tiene que ver conmigo. En mi infancia, en casa de mi tío el médico, había un retrato venerado de Nóvoa Santos, dedicado a su padre, el también médico D. Enrique. Era exactamente éste retrato:



En mi carrera en Santiago, año 61, se hablaba mucho de él como un catedrático de patología general de gran relevancia, que se murió prematuramente dos años después de conseguir la cátedra de Madrid, de un cáncer de estómago por él mismo diagnosticado.

De él encontré en la Wikipedia “En las facultades de Medicina de España, en la segunda parte del siglo XIX, la posición mayoritaria era la favorable al denominado eclecticismo médico, que bajo la apariencia de ecuanimidad, era un obstáculo a las innovaciones. Esa situación también se plasmaba en el ámbito de la patología general.

En ese contexto, Nóvoa, va a ser un elemento clave en la renovación de la patología general en Galicia y en España, pues su *Manual de Patología General*, permitió que llegara a las aulas universitarias el más alto nivel científico de la época. La primera edición apareció en tres tomos, entre 1916 y 1919.

Nóvoa utilizó un lenguaje accesible y ofreció una brillante síntesis. Partía de

considerar, el síntoma con el enfoque fisiopatológico, al organismo como un conjunto en el que las actividades fisiológicas oscilan dentro de límites bastante amplios, gracias a la capacidad de adaptación. La enfermedad era entendida como un proceso que expresa la falta de adaptación; concepción que superaba la visión lesional, afirmando que la localización de los síntomas no siempre guarda relación con el asiento de la enfermedad. A continuación estudiaba los sistemas y aparatos en su funcionalismo alterado, en una visión global que incluye, como novedad en España, los procesos psicopatológicos. Este amplio capítulo de psicopatología era la única formación en psiquiatría y psicología que recibían los estudiantes de medicina, antes de que estas materias fueran incluidas en los planes de estudio de la licenciatura. En 1944 se incorpora la psiquiatría, y en 1952 la psicología.

Me atrevería a decir e incluso a resaltar que Nóvoa Santos fue quien primero habló de Freud en una Facultad de Medicina: la Facultad de Medicina de Santiago. Antes que Sarró, que estuvo en Viena en 1924, conoció a Freud y se psicoanalizó, pero que no llega a la Facultad Autónoma de Barcelona hasta 1933, de ayudante de Mira y López que escribió un libro sobre psicoanálisis en 1924 y que fue nombrado el primer catedrático de psiquiatría de España (1933) en la Universidad Autónoma de Barcelona. Debía de tener un estatuto especial, ya que en el resto de las universidades no se crean las cátedras de psiquiatría hasta 1944 como me parece que ya antes señalé.

Nóvoa Santos, incorpora el subconsciente freudiano a su *Manual de Patología General*, a partir de la 2ª edición (1922). Fue crítico con el pansexualismo freudiano. Pero me interesa resaltar lo que dice sobre que ninguna experiencia mental subjetiva puede ser excluida de su estudio. La conciencia y su patología se incorporan así a la fisiopatología. Ese intento de un diálogo permanente entre objetivismo y metafísica, tiene una huella profunda en Nóvoa Santos.

Está claro que Nóvoa lee a Freud. Recuerdo que fue Ortega y Gasset quién induce a López Ballesteros a traducir a Freud al castellano, siendo a este idioma al primero que se traduce, y que Freud, en su prólogo, en que dice que aprendió castellano para leer el Quijote, encuentra la traducción excelente.

Rof fue alumno de Nóvoa Santos, catedrático de patología general en Santiago. En su discurso de ingreso en la Real Academia Española titulado *Un Médico ante el lenguaje* dice de Nóvoa:

“El profesor, con su bata blanca y el martillo de reflejos en la mano, mostraba a sus alumnos a una pobre enferma que sobre la mesa de exploración traza con su cuerpo en el aire un arco de círculo, apoyada tan sólo por los pies y la cabeza, como si fuese un funámbulo consumado. Era la presentación ante la sociedad de comienzos de siglo de la llamada «histeria»”.

Yo no fui, naturalmente, discípulo de Charcot, pero sí estudiante de patología general con Roberto Nóvoa Santos en el viejísimo Hospital de los «Reyes Católicos», en Santiago de Compostela. Era un maestro de condiciones excepcionales. Utilizaba aquellas mismas histéricas con las que Charcot daba sus teatrales lecciones, para enseñarnos patología general. Las enfermas que habían subido desde la barriada del Sar o venían cabalgando desde las aldeas vecinas, con una parálisis o con una mudez aparecida de pronto, no viendo a veces del mundo más que a la mitad, por presentar un trastorno que los médicos llamamos hemianopsia histérica, o bien con temblores o con vómitos. Ellas eran para Nóvoa Santos, un precioso instrumento para introducir a los inexpertos estudiantes en el mundo fascinante de la clínica. Sin decírnoslo, nos iba mostrando que el cuerpo humano «tiene un lenguaje»; que muchas veces, con la enfermedad, el ser humano «quiere decir algo». Aprendíamos a la vez a diferenciar lo que entonces llamábamos enfermedad «real», auténtica, de la enfermedad «fingida», aunque bien nos dábamos cuenta de que este fingimiento era absolutamente involuntario.

Quiero recomendar vivamente la lectura de este discurso de entrada de Rof en la Real Academia Española. Me llama especialmente la atención todo lo que hace referencia a locura y creatividad y, por otra parte y cito textualmente: *“al dejar de considerar a los psicóticos con desprecio mal disimulado, al dejar de tener miedo el médico al enfermo mental, el pronóstico de estos enfermos ha mejorado. Lo inicial y decisivo fue que el médico, ante lo que llamaba delirio, es decir inconexión verbal, disparate incomprensible, se fue poco a poco persuadiendo que todo delirio tiene un sentido, se puede comprender. Basta con*

saber lo que el enfermo dice en un segundo plano de su elocución”.

Freud si fue alumno de Charcot. Le impresionaron las mismas histéricas que impresionaron a Rof, y de la interpretación de este lenguaje del cuerpo nació el psicoanálisis: la cura por la palabra.

“Con lúcida resolución deja de entenderlo solo como un déficit, como el resultado de una carencia, para subrayar también su condición de defensa, de trabajo subjetivo, de esfuerzo reparador. Freud sostuvo incluso que el delirio, en cualquier caso, es «un intento de restablecimiento y reconstrucción». Fernando Colina.

La puerta entreabierta pero inalcanzable en Galicia, y las condiciones políticas de la época, nos llevaron a interesarnos entonces por aspectos más sociológicos.

La hospitalización de nuestros locos los empeoraba. Thomas Sasz: *El mito de la enfermedad mental, La fabricación de la locura*. La psiquiatría de sector que llevaba en París Philip Pomel, y claro la antipsiquiatría de Franco Basaglia y Laing y Cooper. También peregrino a Trieste. Se lucha contra la institucionalización y la institución. La psiquiatría comunitaria cuestionaba a la psiquiatría manicomial en la que estábamos ingresados. Los últimos años del franquismo favorecieron la lucha y se creó una coordinadora muy politizada. Montoya Rico aterrizó en Asturias y comenzó la reforma del Hospital Psiquiátrico de Oviedo. Los residentes o asistentes voluntarios, que no cobraban, reivindicaron sus derechos y fueron a la huelga. Pero un mal cálculo en esta lucha tiene, curiosamente, su importancia en la historia del psicoanálisis en Galicia. Los residentes del psiquiátrico de Oviedo son expulsados. Rodríguez Eiras, amigo ya de la facultad se va a Londres y allí conoce a Oscar Masotta.

Masotta, intelectual argentino fue el primero que leyó, entendió y enseñó a Lacan en castellano. En los años 60-70 trabaja intensamente en Argentina, publica y crea varias asociaciones psicoanalíticas de orientación lacaniana, pero la dictadura militar, reñida con el saber, lo llevan a Londres en 1976. Allí lo contacta Rodríguez Eiras. Masotta se traslada a Barcelona y funda la Biblioteca de Estudios Freudianos de Barcelona, al mismo tiempo que la Biblioteca Galega de Estudios Freudianos en Vigo. Es el momento más

importante de la historia del psicoanálisis en Galicia, y quiero recordar a Antón Seoane, alma de Milladoiro, que también pasaba por allí. Y claro, Fernando Márquez, que anda por aquí, Santiago Lamas, algo perdido, Tiburcio Angosto, María Antonia de Miguel, y a los que ya no están: Pepe Caamaño, Manolo Siota, Conrado Vidal, García de la Villa.

Aprovecho para decir algo novedoso. En esta época llegó a Toén con una beca del Instituto de Cultura Hispánica, el psiquiatra guatemalteco Jorge Villar Anleu. Tenía la beca de un año, pero se quedó tres, y comenzó a estudiar con Masotta. A su regreso a la convulsa Guatemala, y después de un exilio en México, consigue ser jefe de la formación de postgrado de psiquiatría en la Facultad de San Carlos de Guatemala y allí inicia el estudio, con sus alumnos, del psicoanálisis de orientación lacaniana. Plantó la semilla.

Se inicia pues en Vigo, en 1976 el primer estudio reglado de psicoanálisis. Psicoanálisis de orientación lacaniana. En Galicia, por primera vez se puede estudiar psicoanálisis y hacerse psicoanalista.

Problemas derivados de la dificultad del estudio, de falta de un analista cualificado para el análisis personal, y la muerte de Masotta, me llevaron por otros derroteros que tenían que ver con la terapia sistémica. Parecía atractivo y práctico. Figuras de la escuela de Palo Alto Gregory Bateson, Paul Watzlavitz, Van Bertalanfy, Von Neuman, eran muy atractivas. Coincide que se hace en EEUU un curso de terapia sistémica, dirigido por Carlos Sluzki, otro argentino. Cosas de la vida me llevan a Barcelona donde me integro en la Escuela de Terapia Familiar del Hospital de San Pablo, y me encargo de organizar, como subdirector de la Sección de Salud Mental, en la Academia de Ciencias Médicas de Catalunya y Baleares unas jornadas sobre psicoanálisis y terapia familiar: puentes y fronteras. Ganaron las fronteras y vuelvo a estudiar psicoanálisis y a colaborar con psicoanalistas muy reconocidos a nivel mundial como Vicente Palomera y Miquel Bassols (actual presidente de la Organización Mundial de Psicoanálisis), en el control de la medicación de sus pacientes psicóticos.

Vuelvo a estudiar psicoanálisis, lacaniano, por supuesto, ya que era la corriente que con más seriedad se había impuesto en Europa e Hispanoamérica. Trabajo como psiquiatra en Barcelona. Mi experiencia y lo aprendido,

me permite medicar con cautela, tener en cuenta la subjetividad del paciente y aprender a callarme.

La psiquiatría biologicista que impera, me incomoda. Los psiquiatras, como dice Colina condenan a muerte a la psiquiatría. Se convierten en neurólogos. Vuelven a la patología lesional que ya ponía en tela de juicio Nóvoa Santos. Los DSM son los nuevos manuales de psiquiatría. Las neurosis van desapareciendo poco a poco. Es una enfermedad ficticia que se deriva al psicólogo cognitivo conductual de orientación también cientifista. Una de sus ramas se llama ingeniería del comportamiento. Se olvidaron de la película que nos conmovió: la naranja mecánica de Kubrick, sobre la novela de Anthony Burgges.

La lesión está en los neurotransmisores y la solución en la corrección de los mismos.

El Autoritarismo Científico, de un gallego, el Dr. Peteiro Cartelle, bioquímico de aquí, de A Coruña, pone los puntos sobre las íes. Quizá, valga decir en sus propias palabras algo que esbocé al principio de mi discurso:

“Hubo Medicina antes que Ciencia. Aunque fuera Mágica, La Medicina, como actividad personalizada, centrada en la relación médico-enfermo, buscaba, y a veces conseguía curar enfermedades y paliar el dolor de personas concretas... Con tan poca base la personalidad del médico y la confianza del paciente jugaban un papel esencial con consecuencias terapéuticas. De intuir una anatomía alterada mediante la palpación se pasó a verla directamente con las nuevas técnicas de imagen... Toda esa iluminación de la práctica médica desde el campo científico ha facilitado que la Medicina quiera reconocerse a sí misma como ciencia dejando atrás el viejo concepto de ars médica. Pero la Ciencia supone la reducción de lo que estudia y por eso la Medicina sólo puede convertirse en Ciencia si tal reducción es factible en su objeto de estudio. Ahora bien dicho objeto no es más que una relación médico-enfermo que por ser eso, una relación no puede reducirse ¿Qué hacer entonces? Transformar el objetivo de la propia Medicina, negando lo subjetivo frente a lo medible lo que supone en la práctica dar naturaleza de ser a la enfermedad frente al enfermo y anular a este como sujeto que tiene una enfermedad”. Y esto, como también dije antes pasa también con la psiquiatría.

Es cierto que está apareciendo un descontento cada vez más extendido, hacia esta derivación de la psiquiatría actual y existen críticas de los propios colaboradores de las DSM sucesivas. Quizás quepa aquí una justificación del psicoanálisis de orientación lacaniana, para lo cual debo de recurrir a la historia del descubrimiento de Freud.

Freud era neurólogo y en un principio pretendió darle a su descubrimiento un carácter científico. No olvidemos uno de sus primeros trabajos: *Proyecto de una psicología para neurólogos*. Pero, si en un principio pensó que al hacer consciente lo reprimido se producía la curación, la clínica le demostró que las cosas se complicaban, y la elaboración teórica de su descubrimiento al aplicarla a la clínica, hizo de su teoría un discurso abierto que trataba de responder a los problemas que se presentaban en sus pacientes. El descubrimiento del inconsciente fue algo más que un cambio de paradigma científico. Si los cambios de paradigma científicos ocasionaron siempre una oposición de la ciencia oficializada, no digamos lo que pasó con Freud en la sociedad victoriana en que vivía al introducir la importancia de la sexualidad infantil como nudo central de su discurso. La contestación vino también desde dentro, desde sus primeros seguidores como Adler y Jung. Si bien en Inglaterra Melanie Klein inaugura una escuela con repercusiones que llegan al momento actual, el movimiento Junguiano, que persiste, es poco relevante. En EE.UU. su hija Ana Freud sí que alcanza notables adeptos y allí se funda la IPA, que persiste hasta nuestros días. Lacan, psiquiatra y psicoanalista, critica los derroteros de la IPA, que se centran en el Yo y sus mecanismos de defensa, como se llama el texto más famoso de la hija del maestro. Esa entronización del yo, cierra el discurso freudiano alrededor del pragmatismo dominante en la sociedad norteamericana.

Lacan, intelectual riguroso, comienza su andadura basándose en el nuevo estructuralismo y en la nueva lingüística de Saussure y Jakobson, y retorna a Freud aportando estas nuevas perspectivas. En lugar de privilegiar al yo, privilegia al inconsciente e introduce como novedoso el término de Sujeto. Es docente de la IPA, hasta que, por su digamos heterodoxia, lo expulsan cuando llevaba ya dados 9 Seminarios en los que aborda el psicoanálisis con un retorno al inconsciente. Tras la separación, inaugura el Campo Freudiano, con un discurso siempre abierto y dispuesto a cambiar postulados

cuando la clínica lo demanda. Podríamos decir que es antidogmático. Entre sus seguidores, comienzan como en Freud a crearse capillas disidentes, que se anclan en su discurso, en el que él, siempre evoluciona.

Jacques Alain-Miller, que estudió con Althusser, y se interesa desde muy joven por Lacan, ordena sus textos, y a su muerte continúa con sus propios seminarios siguiendo las directrices, siempre innovadoras y adaptadas a la clínica, de Jacques Lacan. Podríamos decir que es el continuador de la ortodoxia heterodóxica de Lacan y que contribuyó esencialmente a la difusión del psicoanálisis en castellano, creando finalmente una estructura organizativa importante a nivel mundial: la AMP (Asociación Mundial de Psicoanálisis). Uno de sus presidentes fue el psicoanalista catalán Miquel Bassols, ya mencionado anteriormente. Miller primeramente había fundado la EEP (Escuela Europea de Psicoanálisis). Es importante resaltar aquí lo que dice de la sección gallega de la EEP: *”La historia del grupo gallego es larga, incluso la más larga de los grupos de la Escuela Europea. Comenzó con Oscar Massotta, el exilado argentino que fue para la enseñanza de Lacan en la Hispanidad, una suerte de San Juan Bautista. De su venida a Vigo, por la iniciativa de José Rodríguez Eiras, surgió la Biblioteca Freudiana... se hace un acuerdo con el Campo Freudiano y de ahí nace el Círculo Psicoanalítico de Galicia que logra extenderse a La Coruña... El Instituto del Campo Freudiano está presente en Galicia al igual que en otras regiones de España y en otros países del mundo ‘para asegurar su misión invariable: que el saber de Lacan sea difundido al público como conviene’ Jacques-Alain Miller 19 Octubre 1994”*.

Este descontento por la medicalización de la psiquiatría imperante cristaliza, según mi experiencia, con un grupo de psiquiatras, y psicoanalistas de Valladolid, que se denominan *Los alienistas del Pisuerga*, pero el Pisuerga es un afluente del Avía, y es en 2004, en el Monasterio de San Clodio, Ourense, donde se hace la primera reunión de La Otra Psiquiatría.

Yo también pasaba por allí. Y entre Galicia y Valladolid ya van doce. Como dice Chus Gómez que decía Lacan: “lo serio hace serie”. No es una asociación, no es una institución, sino gente de lo Psy que se ocupa de lo que a muchos nos preocupa, y a la que acuden ya de todo el país. Hay que ver en internet la Otra Psiquiatría y recomendando especialmente, una entrevista

a Chus Gómez, actualmente en Toen, que aunque esté en otro sitio (Piñor), no puedo llamarle de otra manera. Lo que esta mujer ha hecho aplicando el saber baconiano a una institución, os lo aseguro, vale la pena un viaje.

Fernando Colina, director del psiquiátrico de Valladolid, en el prólogo del libro de José María Álvarez, *Estudios sobre la psicosis*, dice algo muy destacable: *“el racionalismo dominante, sabedor de que la corriente del pensamiento romántico que confluye en el psicoanálisis es el enemigo a batir, trata de ocultar las interrogaciones freudianas bajo una nube de prejuicios bien dirigidos. De este modo se justifica. Sin embargo, dejarse impregnar por las ideas psicoanalíticas no supone, como pretenden hacernos ver, ni la obligación de someterse a un análisis, ni de volverse analista, ni de pretender a la ortodoxia de una escuela, ni siquiera la de asumir ese uso que se ha llamado psicoanálisis aplicado. Para hacer freudiano no hace falta hacerse doctrinario de nada. Basta con abrir el corazón a otro asunto más resonante, a la influencia del pensamiento humanista (literario, filosófico, lingüista) que desde su nacimiento ha fecundado con su amor a las letras la psiquiatría más tradicional”*.

Ya medio pergeñado este artículo, recibo el volumen de febrero de la revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, la mayoría de los artículos que allí figuran, renuevan la esperanza del cambio necesario. Hablan, sin decirlo de la Otra Psiquiatría, con Fernando Colina y José María Álvarez, unos de sus apóstoles en el sentido de extender este viejo-nuevo saber.

Si hasta aquí quería significar la historia del psicoanálisis en Galicia y la importancia de la implantación de su enseñanza y relevancia en la clínica actual, las palabras de F. Colina que cité textualmente hace un momento permiten retomar el principio de mi charla para hablar de Rof Carballo, que no era de la capilla de Lacan.

Rof abrió su corazón, y dicen que dijo a Nóvoa Santos a su vuelta a Santiago, porque no ampliaba más el estudio de Freud en su *Patología*, y que Nóvoa le respondió, que lo primero que tenía que hacer era estudiar psicoanálisis. Y Rof estudió psicoanálisis, y se psicoanalizó en Alemania y en Madrid, compatibilizaba su consulta de médico y psicoterapeuta. Funda, también la Sociedad Española de Medicina Psicosomática. En sus estudios y en su práctica clínica se había dado cuenta de la importancia

de los primeros meses de la vida del niño y fue desarrollando su teoría de la urdimbre afectiva, que partía de la simbiosis madre-hijo que comenzaba antes del nacimiento. Se apoya en sus conocimientos de neurología y en que las primeras transformaciones en la maduración cerebral son en el cerebro interno, en el *palium*, previo a la mielinización del córtex, y que estas marcas son indelebiles hasta la constitución del “sí mismo”. Esto le hace acercarse más a Jung con su teoría de los arquetipos.

Destaco pues que Rof fue posiblemente el primer psicoanalista gallego, aunque no trabajó en Galicia.

Y hoy lo quiero traer también a colación dado que estamos en vísperas del Día das Letras Galegas, y no hay Letras Galegas sin Rosalía, y Rof le dedica a Rosalía de Castro casi un libro entero.

Tengo también otra excusa para hablar de Rosalía, no relacionada con Rof, sino después de una lectura del libro *Oscar Masotta y el Psicoanálisis en castellano* de Germán García.

Conocí a Germán García, culto y dicharachero. Cita a Rof, a Giménez Caballero y a Unamuno, y se habla del matriarcado de nuestra República, que favorece la aparición del padre dictador. Nunca había pensado tal cosa, pero si la importancia del matriarcado en Galicia. Recuerdo un libro perdido de Antropología Cultural de Galicia de Carmelo Lisón Tolosana.

Y hablo del matriarcado en Galicia no solo por lecturas, sino que lo he vivido en directo, desde mi más tierna infancia...

En el libro de Rof, *Entre el silencio y la palabra*, le dedica a ella un capítulo especial y entronca el romanticismo (que antes mencionaba Colina) con el ánimo gallega e intenta relacionar el impacto de Rosalía, en el gallego de cualquier edad y condición, con la morriña, la Santa Compañía y la “devoción” a las benditas ánimas del purgatorio que impregnan nuestra cultura.

Rof dice que morriña es muerte pequeña. Nunca lo había sentido pero no se descarta su etimología en el diccionario. El gallego emigra no solo por imperativos económicos. Emigra para romper la simbiosis con la madre; simbiosis marcada por un significativo gallego intraducible, que me extraña

se le haya escapado a Rof: **colo**. Dame un *colião*.

*Dende aquí vexo un camiño
que non sei adonde vai
po-lo mesmo que non sei
quixera o poder andar*

No importa que en el camino haya una piedra. Se rodea. No se sabe si va o viene. No es un camino de conquista, es un camino de defensa contra la angustia de separación, es la adaptación a la muerte pequeña. Es una sutil adaptación a la verdad de la muerte (que Lacan en un primer momento consideraba necesaria para el final del análisis: la muerte aparece como función de la verdad, la muerte como verdad última). Todos los objetos que interesan, todas las ocupaciones, todas las investiduras en el lenguaje de Freud no son más que ilusiones, no hacen más que velar la realidad última que es la muerte. No puedo evitar la asociación con el juego del *fort da*, que Freud observa en un niño: tira el carrete, lo aleja (*fort*), pero el niño tira de él con una cuerda y goza jubilosamente con su reaparición (*da*). El juego del *fort da* le permite controlar la ausencia y el regreso de la madre. El goce del regreso es la morriña. La muerte ya no es trágica: no hay cielo ni infierno: están las benditas ánimas del purgatorio que vagan por la sombra de la noche como La Santa Compañía... y, en *Negra Sombra*, ¿no se trata de lo mismo?

*Cando penso que te fuches
negra sombra que me asombras
ó pé dos meus cabezales
tornas facéndome mofa
Cando maxino que es ida
no mesmo sol te me amostras
i eres a estrela que brila
i eres o vento que zoa
Si cantan, es ti que cantas
si choran, es ti que choras
i es o marmurio do río
i es a noite i es a aurora*

*En todo estás e ti es todo
pra min i en min mesma moras
nin me dexarás nunca
sombra que sempre me asombras*

Xoán Montes Capón hará una magnífica adaptación musical y será estrenada en el Gran teatro de la Habana en 1892. Con las lecturas o interpretaciones sobre Negra Sombra sin embargo no estoy de acuerdo; abarcan desde enxebres restos de mitologías celtas, hasta la interpretación que es la pena de Rosalía por la reciente muerte de su esposo e hijos. Aunque su historia personal, como en todo escritor es absolutamente determinante, el reconocimiento del poema-canción de Rosalía va más allá. Aunque no encontré en Rof referencias concretas a ella, aunque si a las sombras como referentes a la muerte, me atrevería siguiendo sus ideas sobre la morriña a defender, la hipótesis de la aceptación de la muerte: es un canto a la vida y al reverso de la moneda, la muerte, que le da sentido. Es como la aceptación de la muerte que supone el fin del análisis en el primer Lacan. Queda un resto: el alma quejumbrosa. Le dice a Rof una amiga castellana, casada con un gallego: “le complace estar sentado en un rincón pensando que sufre”. ¿Es esto un plus de goce según Lacan?

Creo que entre el silencio y la palabra, muchos lacanianos estarían de acuerdo con sus tímidas proposiciones.

Y terminaré con un chiste que creo que viene al caso, porque el chiste para Freud, con las otras formaciones del inconsciente, fue una piedra angular para su construcción teórica: la morriña, el final del análisis... ¿Será por eso que el plato nacional popular de Galicia sea lacan con grelos?

Espacios para la reclusión

Luis Rodríguez Carmona. Trabajador Social
Unidades Hospitalarias de Rehabilitación Psiquiátrica
Hospital Piñor. Complejo Hospitalario Universitario de Ourens

Correspondencia: luis.rodriguez.carmona@sergas.es

Hoy es un día especialmente caluroso, un sedoso silencio envuelve el lugar donde me encuentro, sólo resquebrajado por las cantinelas de las pequeñas aves que muestran todo su albedrío. Me encuentro muy cerca de un espacio diseñado para la reclusión de aquellos que son situados dentro del perímetro de lo indomable, de lo diferente, del apestado, del olvidado, en definitiva el lugar donde poder aislar socialmente al molesto.

Los encargados de su *apartheid* particular son un sanedrín conformado por familiares, psiquiatras, forenses, fiscales, jueces o el Servicio de Discapacidad de la Xunta de Galicia. Es para inquietarse de verdad, con tanto poder omnipresente juzgando y decidiendo la vida de las personas. Esta residencia para ciudadanos menores de sesenta años, se encuentra separada por una verja de poco más de un metro, del acceso a magníficas instalaciones públicas, para que el ocio y el deporte de los ciudadanos de primera, esté asegurado.

El ataúd mide diez metros por sesenta aproximadamente. El espacio está flanqueado por estupendos pinares y robledales. En dicho recinto hay cabida para cincuenta ciudadanos. En unos pocos metros, todo un encierro que condena la libertad del sujeto a la perpetuidad, durante un tiempo indefinido, en un lugar anacrónico. ¿Qué se modifica en los cimientos internos de quien descubre un día que ha sido sepultado vivo?

Hoy se pueden contemplar en el diminuto jardín, cuerpos estéticamente deformados, algunos con movimientos arriesgados, más propios de un

contorsionista que desafía la propia ley de la gravedad. Espaldas encorvadas con manos en los bolsillos repletos de nada, brazos entrecruzados en situación de eterna espera, cabezas inclinadas por el peso del fármaco, sialorreas que se mecen y viajan con la brisa del día.

Todo contrasta salvajemente con lo que ocurre a escasos metros de la verja, cuerpos atléticos y libres en las instalaciones deportivas. Una alambrada separa el espacio libre del de reclusión. No deja de ser el contacto entre la naturaleza muerta y la naturaleza viva.

LA RECLUSIÓN ACABA NORMALIZÁNDOLO TODO

Quiero pensar que hoy, los que allí viven, se pueden sentir un poco más aliviados. Tienen motivos para ser un poco menos desafortunados. El sol se muestra esplendoroso, pleno y dichoso, aves e insectos campan entre ambas naturalezas. El largo y frío invierno entristece más severamente el lugar, por fin la primavera deja paso a días más luminosos y apacibles. Estos deshechos humanos son juzgados por el saber diverso, y alejados de cualquier mejora posible.

La reclusión deriva en eso, en la guardia, en la custodia, en el control, en la vigilancia y sobre todo en la nula posibilidad de que quien denuncia, juzga y ordena, garantice que se revisará la condena. Un ciudadano de este lugar me cuenta con toda sabiduría, que de un penal se sale, de aquí no. El peor preso recupera su libertad, el que está recluso tiene mutilada su autonomía.

En una entrevista, otro ciudadano me cuenta su experiencia, ingresó engañado, pensando que su familia lo llevaba al juzgado para evitar que le retirasen su pensión. Al llegar lo esperaba una ambulancia, el forense, el fiscal y el juez, ya tenían predeterminado su futuro. Fue trasladado a una unidad de agudos, el psiquiatra colaborara en su traslado al centro residencial. Su delito: acumular basura. Me comenta que las cosas se pudieron hacer de otra manera, sin engaños, que no era necesario privarle de su libertad, que él podría haber aceptado perfectamente que le viese un psiquiatra, o que le podían haber propuesto acudir a un centro ocupacional.

Demasiado castigo por acumular objetos.

La gran mayoría de estos sujetos acaban subyugados ante el poder del carcelero. Insubordinarse solo vale para fustigarse, cuando una y otra vez, se es incapaz de aceptar la aniquilación de su libertad.

Este ciudadano me comenta que la represión instaurada en el centro sólo pretendía “que dejaras de ser tú mismo”. En una ocasión por guardarse una colilla, fue castigado con una medida de sujeción mecánica durante un día entero.

Cada vez que vengo y observo este lugar desde el otro lado de la verja, mis sentimientos se resquebrajan nuevamente, aún si haber cicatrizado las heridas de mis anteriores visitas. El alma se agazapa ahora queriendo no ser descubierta. Infinitas son las veces que estos deportados de la sociedad recorren los mismos espacios, que acatan las mismas normas, y que repiten los mismos tiempos vitales impuestos. Una y otra vez especulo con la situación personal de estos deportados de la palabra, de cómo se de-construyen sus caminos, que finalizan ahora, de ese lado de la verja. Al final, todo se reduce al espacio personal y al cercado que rodea la vida de cada uno.

Un joven inhala con la fortaleza propia de un vendaval, el humo de un cigarrillo, como si la velocidad del tóxico pudiese purgar las cicatrices de su alma. Pienso que la suave brisa, hoy hace más amable la tortura, son días regalados. Cuando acudo en el inhóspito invierno, la reclusión condensa toda la extensión de la palabra. El azar teje dispares caminos, algunos de ellos están abonados para el abuso. Con demasiada facilidad se modifica la vida de un sujeto, sin garantizar que dicha modificación mejore su situación vital. La palabra del sujeto es silenciada, no tenida en cuenta. En lugares como este, cualquier mínimo deseo es aplastado por la espesa melancolía.

Este lugar propicia distintas respuestas emocionales ante el control y la vigilancia. Situaciones propias de las instituciones manicomiales tardo-franquistas. ¿Qué no ha cambiado entonces? ¿Hay más lugares así? ¿Existe algún Comité Ético que garantice los derechos de estas personas? Se sabe que profesionales de la salud mental, de la justicia, la inspección de la Xunta de Galicia y las asociaciones de familiares de pacientes son concededores de

estas situaciones, pero nadie se pregunta y denuncia el por qué se obliga a estos ciudadanos a permanecer décadas o incluso hasta el final de sus días en estas condiciones.

El Servicio de Discapacidad es un sumidero social, dónde los desechos humanos llegan arrojados por familiares, profesionales de salud, servicios sociales o desde del ámbito judicial. La propia administración permite lugares de guardia, de custodia y de reclusión social. No hay programas de seguimiento público donde se garantice que los ciudadanos estarán atendidos en las mejores condiciones y que dispondrán de posibilidades para revertir su situación social.

Este estricto control social permite a una parte de la sociedad mantenerse alejada del desviado de la norma. Parece que a todos les vale, a todos menos al recluso.

Un recluso aparece en compañía de un transistor, su día a día está diseñado en un mismo espacio para todo. He encontrado en este lugar muchas similitudes con los antiguos sanatorios o manicomios, los cuales se cerraron y dieron salida a gran parte de los inquilinos aquí encontrados (transinstitucionalización). Me cuenta cómo durante un periodo de doce horas cada día, todas sus actividades, ya sean manualidades, de ocio, comidas, clases, o incluso la siesta, se hacen en el mismo espacio personalizado para cada uno. Sólo lo abandona durante la noche para irse a dormir. Encuentro también similitudes en el trato a las mujeres, como en los antiguos manicomios: separadas de los hombres, con pocas salidas y sin contacto con cualquier compañero varón.

El sol justiciero del mediodía aletarga ahora todo movimiento. Observo como en ese espacio descrito, todo ocurre con cadenciosos movimientos corporales; donde uno se alimenta, se distrae; donde transcurre el día, lo hace también su desidia; donde se conversa, en ocasiones también se rebela; donde se adormece, se mimetiza el cuerpo con el lugar.

Cuando un extraño irrumpe en sus espacios estabulados, entonces se desorganiza "la manada". Aparece la espontaneidad, el deseo de hablar, tocar o incluso abrazar. La anulación del individuo y su cosificación desencadenará

su rebelión o su mansedumbre, el que se aferra a lo primero, se vuelve un inadaptable y de ahí vendrán los castigos. Algunos castigos son de trato pueril, oscilan entre quedarse sin fumar, sin postre, o sin pan; otros son crueles, como el uso durante horas o días de la contención mecánica. Se escuchan voces que desatan la curiosidad. Llega la hora del relevo, del descanso para unos y del cumplimiento del orden establecido para otros.

En el ínfimo jardín revolotean felizmente mágicas y bellas mariposas en completa armonía con los cánticos de pequeñas aves. Los reclusos inclinan ahora sus cabezas con la llegada del adormecedor sueño, es como si esperasen a que un justiciero decidiese poner fin a su olvido. Observo como sus cuerpos ahora adormecidos permiten que sus deseos se escapen desde los límites de lo molesto hacia ninguna parte, sin duda mejor.

Algunos guardianes del amo son sometidos, la precariedad laboral acaba subyugando. Otros sin embargo disfrutan del orden establecido, los hay que mirarán para otro lado y los que actuarán como auténticos necios y mercenarios.

Una alocada ardilla hace su presencia en las proximidades del espacio recluso, tras su fugaz bajada de pino, frena ante la valla que lo delimita todo. Inmóvil observa. El reflejo de sus pequeños ojos actúa como una ventana que recoge el testimonio de lo que separa la naturaleza viva de la que no lo es.

La dignidad precisa de mínimos que no pasan por reducir espacios, movimientos o necesidades.

Hoy la brisa y el calor reinante son, sin duda, lo mejor del lugar.

Hospital psiquiátrico de Toén. El lenguaje de la mímica.

Antonio Armada Álvarez

Dibujos realizados en julio de 1979 en el hospital psiquiátrico de Toén, Ourense.

En memoria del Doctor Leopoldo de Castro Sánchez, Médico Jefe de Servicio del Sanatorio de Toén (1972 - 1986)

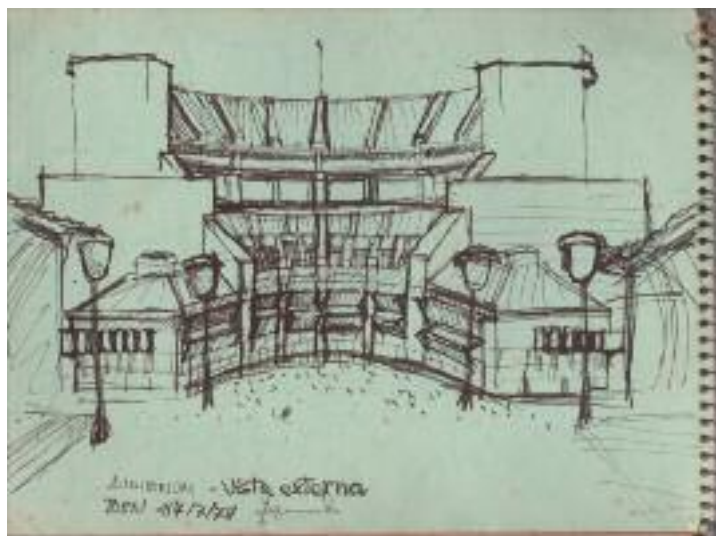
Edición de los dibujos:

Carmen Armada Martínez

Daniel Rodríguez Ayuso

Octubre 2015

A Coruña



A los estimados internos del sanatorio psiquiatrico de Toén,
Ourense, 1979
Doctor Antonio Armada Álvarez

“EMBRIÓN DE PRÓLOGO”

Compromisos con el trabajo útil (que da de comer) vs. compromisos con el trabajo intelectual en sentido estricto, que le suele llevar a pasar hambre a más de un Quijote que sin exigir nada de nadie, trata de encontrar fórmulas que puedan mejorar la situación que sea para beneficio o disfrute de quien sea.

Comencé los primeros apuntes sobre este trabajo en julio de 1979. Surgieron sucesivamente ideas y nuevas ideas que ocupaban los huecos que pudiesen existir al margen de mis compromisos de vida de relación como ser biológico (amigos, descanso, ocio, comer, etc.) y de mi de vida de trabajo (estudio, exámenes, trabajo en sustituciones para sustentar las mínimas necesidades que “cuestan dinero”).

A pesar del estrés que supone pertenecer al sector social de “licenciados en paro” desde hace casi 3 años, cada cierto periodo de tiempo (a veces meses) revisaba estos apuntes y dibujos. Escribir y romper fue el binomio que terminó por llegar al cabo de ese tiempo a este embrión de borrador.

Por lo que sigue siendo a pesar de todo un borrador que no pudo ser corregido por falta de tiempo, al exigir el “trabajo útil” largas horas de dedicación por día, que impiden física y emocionalmente el trabajo creativo de escribir un libro. Por ello se vieron reflejados errores y faltas.

Al no poder precisar cuándo la “fortuna” me permitiría terminar de corregir estas notas, a riesgo de que se extraviasen, las “junté” en el presente cuaderno. Éste es el cuarto o quinto borrador del trabajo, y creo que haría falta hacer otros tantos más para intentar llegar a una exposición “clara y académica”.

Sería imprescindible ante todo el haber manejado una bibliografía, y corregido la terminología tal como me aconsejó el Doctor Leopoldo de Castro.

Al final del borrador serían necesarias unas notas descriptivas de las distintas entrevistas a los encuestados, así como una traducción al castellano de los diálogos, pero no ha sido posible.

Para terminar, decir que el dibujo de la portada es el edificio concebido para ser destinado a teatro y capilla, ubicado en el centro de los terrenos del Sanatorio de Toén. En este momento está en situación de abandono y deterioro. A este edificio, el Doctor Leopoldo y yo le hemos llamado:
MAZINGER Z

Antonio Armada Álvarez
Celanova, Ourense

En lo que respecta a las faltas de ortografía por ser un vicio, y tal vez una sechele de ~~not~~ indispensable ~~en~~ ENSEÑANZA, me es obligado el uso del diccionario con tanta esdrújula como para traducir alemán y claro este es el uso en los bo- radores.

Este es el 4º o 5º Borrador del Trabajo, y creo que ~~hoy~~ ^{incluso} falta otras faltas hechas otras tantas ~~para~~ ^{para} ir a una exposición Clara y académica.

Es preciso haber hecho un serio y prescindible ante todo el haber manifestado una bibliografía y conocido la terminología tal como me acompaña de la escuela de Castro, y cuya lista de referencias se adjunta.

Al final del Borrador tenían necesarios unos ~~datos~~ ^{datos} descriptivos ~~de~~ ^{de} la evolución de los distintos ~~ambientes~~ ^{ambientes} que se encuentran, así como la traducción al castellano de los diálogos, para lo es posible.

En esta obra se han hecho

<p>4 ejemplares de ^{de} los ^{los} que ^{que} se ^{se} hacen ^{hacen}</p> <p>1 de depósito de ^{de} los ^{los} que ^{que} se ^{se} hacen ^{hacen}</p> <p>1 de depósito de D. Rafael de ^{de} los ^{los} que ^{que} se ^{se} hacen ^{hacen}</p> <p>1 (original) de ^{de} los ^{los} que ^{que} se ^{se} hacen ^{hacen}</p>	<p>Propiedad del texto y de los ^{los} datos ^{datos} de ^{de} los ^{los} datos ^{datos}</p> <p>Fotografía (Foto Castro) (Foto ORENSE)</p> <p>Dibajo de ^{de} los ^{los} datos ^{datos} de ^{de} los ^{los} datos ^{datos}</p> <p>Dibajo de ^{de} los ^{los} datos ^{datos} de ^{de} los ^{los} datos ^{datos}</p> <p>Dibajo de ^{de} los ^{los} datos ^{datos} de ^{de} los ^{los} datos ^{datos}</p>
--	---

HURENTA X. d. 1991
O. ORENSE

TREINTA Y CUATRO AÑOS DE GESTACIÓN

Antonio Armada, mi padre, es un hombre polivalente: músico, pintor, dibujante, escritor, artista... y médico. Lo que en el Renacimiento se habría conocido como un “uomo universale” y que a día de hoy puede considerarse un hombre de artes que acabó en las técnicas, abarcando diferentes disciplinas que todo o nada tienen que ver entre ellas.

Si bien los dibujos de esta publicación son fechados en julio de 1979, las últimas pinceladas que mi padre dio a este trabajo fueron en enero de 1981. Una libreta de dibujos y una extensa explicación del trabajo realizado quedaron guardados en ese momento, gestándose, como él decía en ese “embrión de prólogo” y que hoy, 34 años después, dan a luz.

En octubre del año 2015, hicimos un viaje al pasado o lo que él llama, un “viaje a su otra vida”. Esto es, abrimos el almacén donde guarda todos sus recuerdos, pinturas, libros, escritos y equipos de sonido. Tras horas de búsqueda, encontramos dentro de una caja una libreta de tapas grises con un caballo en su portada, que contenían los dibujos que a continuación se muestran. Estos dibujos son un completo viaje al pasado de las instituciones psiquiátricas, y retratan el tiempo que mi padre estuvo de prácticas en el Sanatorio Psiquiátrico de Toén.

Este tiempo en Toén, que en recuerdo de mi padre varía entre una y un mes, fue dedicado al estudio de los internos que allí residían. Durante las conversaciones que él tenía con los internos, ellos aguantaban un cigarro y mi padre una libreta y un lápiz.

Me uno a su dedicatoria para los internos de Toén del año 1979, y sumo a mi dedicatoria a mi padre, por mostrarme su libreta, por cederme el honor de poder editar esta publicación y porque en el fondo, somos los dos unos “locos no reconocidos”.

Carmen Armada Martínez

A Coruña 10 de octubre 2015

INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO DINÁMICO DE LA MÍMICA

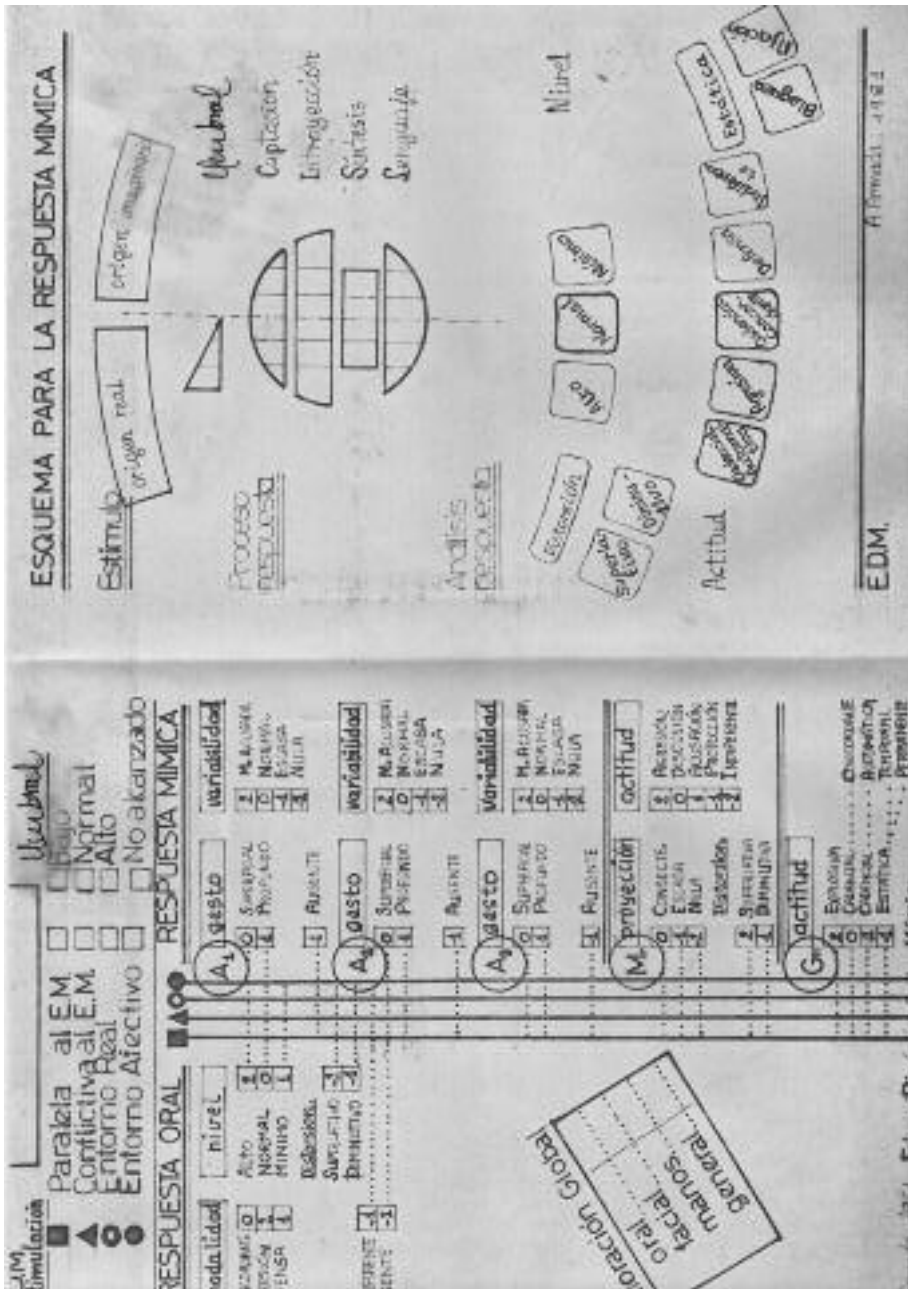
Antonio Armada Álvarez (1981)

Por un interés personal hacia el dibujo, sobretodo la figura, hice unos “apuntes” de enfermos mentales internos en el Sanatorio Psiquiátrico de Toén.

Cuando tenía dos o tres dibujos realizados, al mismo tiempo que aumentaba el interés en esa tarea, sentía aumentar al mismo tiempo la necesidad de ver en ello alguna utilidad más allá de lo que se pudiera llamar “artístico”.

La expresividad que se centraba inicialmente en los rasgos de la cara, fue necesario ampliarla por el interés que manifestaban en el conjunto de la expresión mímica, a las manos y a la actitud del cuerpo en general. Del intento de entablar diálogo con el interno, en sus respuestas de forma reiterativa y con marcada importancia sobre cualquier otro, sobresale una idea o tema, presente en la mayoría de los entrevistados, que pudiera considerarse como el “eje motivacional” en torno al que se desarrolla el pensamiento y la conducta del enfermo mental. Son anotadas dichas frases o ideas al pie del dibujo.

La importancia del conocimiento del eje motivacional radica en que, en función del mismo, se puede construir un cuestionario para estimular la expresividad del interno; sus respuestas son analizadas o consideradas en su variedad, profundidad y en la velocidad con que se manifiestan, resultando así un Estudio Dinámico de la Mímica.



Paralela al E.M. Bajo Normal Alto

Conflicto al E.M. Normal Alto

Entorno Real No alcanzado

Entorno Afectivo No alcanzado

Urbinal

RESPUESTA MIMICA

Actitud	Variable	Respuesta	Actitud	Variable	Respuesta
A ₁	Alto	Superior	A ₁	Alto	Superior
A ₂	Normal	Normal	A ₂	Normal	Normal
A ₃	Bajo	Bajo	A ₃	Bajo	Bajo

Formación Global

oral

facial

manos

general

Actitud

Superior

Normal

Baja

Superior

Medio

Inferior

EL LENGUAJE DE LA MÍMICA

Antonio Armada Álvarez (1981)

La peculiaridad del gesto y de la mímica en el enfermo mental, han sido ya desde unos años atrás objeto de estudio justificado.

El lenguaje mímico se supone que es una capacidad innata de la expresión, más espontánea que cualquier otra forma de lenguaje y, posiblemente, la menos condicionada por el aprendizaje.

Es por ello que el gesto, entendido como una sucesión de expresiones que se manifiestan como respuesta a un estímulo o proposición, una vez ideado un método de análisis y anotación que permita valorar el significado de dichas expresiones, puede considerarse un verdadero lenguaje: el lenguaje de la mímica.



MANUEL

“(…) Botoume a nai da casa (…) Temos o viño e o aguardiente sen vender, collemos oitenta moyos (…”

“Quedou alí estarricado”

(Matou un home?)

MANUEL

“(…) Me echó la madre de casa (…) Tenemos el vino y el aguardiente sin vender, cogimos ochenta “moyos” (…”

“Quedó alí estampado”

(¿Mató a un hombre?)



JOSÉ

“(…) A materia non existe, todo é espírito”

“(…) A razón son os sentidos”

Fala uns momentos en latín

“(…) A familia é unha comunidade humana de intereses”

JOSÉ

“(…) La materia no existe, todo es espíritu”

“(…) La razón son los sentidos”

Habla unos momentos en latín

“(…) La familia es una comunidad humana de intereses”



FRANCISCO

“Sóname a cabeza (...) Son voces que ás veces deféndenme e outras acúsanme. Estas voces teñen máis estudos ca vostede e ca min, polo ben que se explican (...)”

FRANCISCO

“Me suena la cabeza (...) Son voces que a veces me defienden y otras me acusan. Estas voces tienen más estudios que usted y que yo, por lo bien que se explican (...)”



PEDRO

“(…) Dende que me cortei cunha foz nunha perna, fun notando máis debilidade”.

“Non me acordo de cousas lejanas (…”

Melancólico

PEDRO

“(…) Desde que me corté con una hoz en una pierna, fui notando más debilidad”

“No me acuerdo de cosas lejanas (…”

Melancólico



MARIÑO

“Se me prestara vostede 100 pesetas pra unha cocacola, vostede ten?”

“Estou eiquí dos nervios”

(Dende cando estás aquí?) “Hai máis tempo cas vacas no monte”

É un rapaz de 30 anos con síndrome de Down, que fala baixo e mimoso.

A súa linguaxe é escasa, responde tras resistencia, non dialoga.

Fala do sol que fai ese día.

MARIÑO

“Si me prestara usted 100 pesetas para una cocacola, usted tiene?”

“Estoy aquí de los nervios”

(¿Desde cuándo estás aquí?) “Hace más tiempo que las vacas en el monte”

Es un joven de 30 años con Síndrome de Down, que habla bajo y mimoso. Su lenguaje es escaso, responde tras resistencia, no dialoga.

Habla del sol que hace ese día.



RUDESINDO

“Estou eiquí porque me casei con sete mulleres, que me meteron eiquí. Estiven en África, e Franco (que era o meu pai) fíxome casar con elas (...)”

“Tamén levei un golpe na cabeza, e Franco meteume eiquí. Cando él morreu, puxen corbata e os americanos romperonma”

“Eu son Rudesindo, e que sí?”

RUDESINDO

“Estoy aquí porque me casé con siete mujeres, que me metieron aquí. Estuve en África, y Franco (que era mi padre) me hizo casar con ellas (...)”

“También me llevé un golpe en la cabeza, y Franco me metió aquí. Cuando él murió, me puse una corbata y los americanos me la rompieron”

“Yo soy Rudesindo, ¿a que sí?”



VICENTE

“Estou tomando unas pastilliñas para o intestino (...) Teño unha pouquiña de dor no intestino”

“Estou eiquí a ver se xustifico a baixa no seguro e podo curarme”

“Quería un traballiño no taller, a ver se me dan algún billetito!”

Fala en ton moi baixa, como bisbiseando. Marca todas as súas palabras coa man como se aprecia no debuxo.

VICENTE

“Estoy tomando unas pastillitas para el intestino (...) Tengo un poquito de dolor en el intestino”

“Estoy aquí a ver si justifico la baja en el seguro y puedo curarme”

“Quería un trabajito en el taller, ¡a ver si me dan algún billetito!”

Habla en tono muy bajo, como bisbiseando. Marca todas sus palabras con la mano como se aprecia en el dibujo.



BENITO

“(…) Estiven na lúa (…) D’elí trouxen oitenta e oito billetes. Vin o Cabaleiros (1) e díxome que estaba curado e que podía tomar un vaso”

Pide que anote o nome da súa nai na libreta.

(1) Con Cabaleiros refírese a Cabaleiro Goás, Director Médico do Hospital de Toén (1959-1977). Morre dous anos antes de facer esta entrevista, no 1977.

BENITO

“(…) Estuve en la luna (…) De allí traje ochenta y ocho billetes. Vi a Cabaleiros (1) y me dijo que estaba curado y que podía tomar un vaso”

Pide que anote el nombre de su madre en la libreta.

(1) Con Cabaleiros se refiere a Cabaleiro Goás, Director Médico del Hospital de Toén (1959-1977). Muere dos años antes de hacer esta Entrevista, en 1977.



RAMÓN

“(…) Hai dazanove anos cós da emisora de radio métense comigo, e iso faime subir a tensión no brazo (…)”

RAMÓN

“(…) Hace diecinueve años que los de la emisora de radio se meten conmigo, y eso me hace subir la tensión del brazo (…)”



EDELMIRO

(Cántos anos tén vostede?) “Xa debín saír da escola, pero aínda non fun o servizo militar (...)”

Tiña 36 anos

“Escapei da casa e despois metéronme eiquí”

Está sentado facendo movementos rítmicos co corpo, de vaivén.

Permanece nas tres posturas.

EDELMIRO

(¿Cuántos años tiene usted?) “Ya debí de salir de la escuela, pero aún no fui al servicio militar (...)”

Tenía 36 años

“Me escapé de casa y después me metieron aquí”

Está sentado haciendo movimientos rítmicos con el cuerpo, de vaivén.

Permanece en las tres posturas.

Mi amigo y compañero Antonio:

Mucho me temo que las señas ya no sean válidas, y no se encuentre usted en Santiago, transcurridos ya 7 meses desde la nota que me envió por medio del Auxiliar Psiquiátrico D. Eduardo Estévez, cuando ejercía usted como médico en Filgueira.

El caso es que a través de agitaciones diurnas y olvidados reposos estivales, su nota y su dibujo, todo ello a buen recaudo, me sugieren el recuerdo de su peculiar personalidad, generosamente entregada a quehaceres artísticos y científicos, éticos y parológicos, lo que no deja de ser una excepción atractiva en la mundanidad hortera de nuestro tiempo.

Deseo que le vaya bien, personal y profesionalmente. De los más de 80 pregraduados que han pasado por Toén, he guardado una docena de nombres en un lugar destacado.

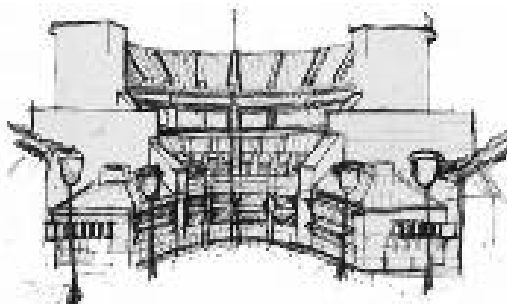
Por otra parte, me interesa su labor acerca de los estudios sobre expresión mímica en los pacientes psiquiatrizados mediante técnicas de dibujo. Sabe usted que el tema es nuclear entre las investigaciones de mi mayor interés.

Celebraré que haya finalizado con éxito su tesina en Pediatría. Cuento con mi sincero agradecimiento por el obsequio que me hizo al cederme su singular visión del “bunker futurista de Toén”.

A su disposición, con un cordial saludo:

Leopoldo de Castro Sánchez

Ourense 17 de noviembre 1980



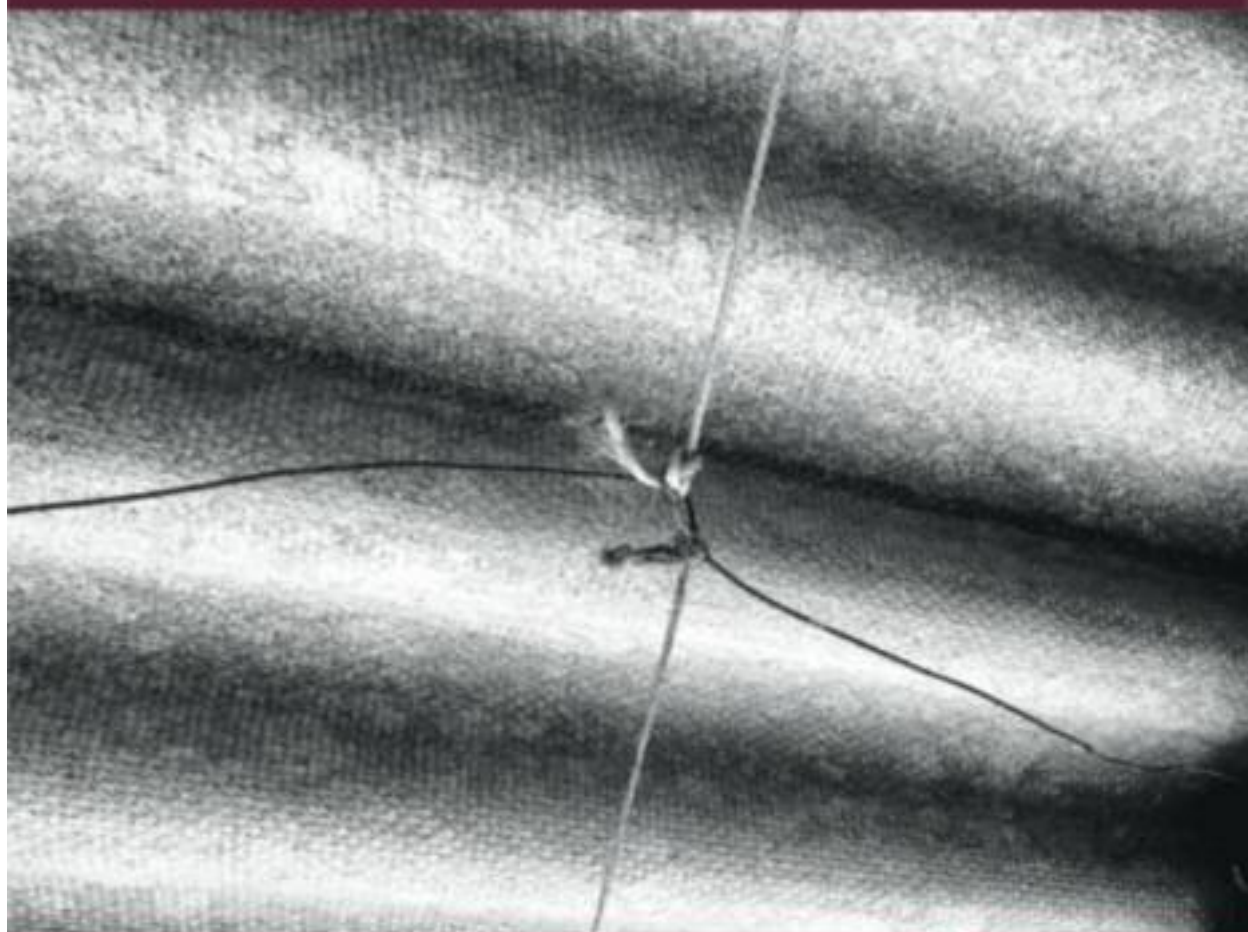
Dibujo al que hace alusión D. Leopoldo de Castro Sánchez





SERVIZO
GALEGO
de SAÚDE

Complexo Hospitalario Universitario
de Ourense



AS DECLINACIÓNS DA LOUCURA

XORNADA DA ASOCIACIÓN GALEGA DE SAÚDE MENTAL



SECRETARÍA TÉCNICA:

secretaria@agsm-aen.org

www.agsm-aen.org



SERVIZO
GALEGO
de SAÚDE

Xerencia de Xestión Integrada de Ourense
Verín e O Barco de Valdeorras



ASOCIACIÓN
GALEGA
DE SAÚDE
MENTAL



SEDE: CENTRO CULTURAL MARCOS VALCARCEL
DA DEPUTACIÓN PROVINCIAL DE OURENSE



OURENSE / 18 NOVEMBRO 2016

Centro Cultural Marcos Valcárcel

Ourense, 18 de noviembre de 2016

Presentación

Eloína Núñez Masid

Xerente EOXI Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras

Buenos días a tod@s asistentes y participantes, sed bienvenidos a Ourense esta pequeña ciudad de provincias gallega conocida como la Atenas Gallega derivado de su amor por el saber y por las letras, que espero vosotros contribuyáis con vuestro saber a enriquecer todavía más. Deseo y espero que disfrutéis aunque sea un poco de ella porque tiene mucho que ofrecer.

Tengo el honor de haber sido invitada a inaugurar estas II Xornadas de la AGSM-AEN dedicadas monográficamente a la locura y sus diferentes declinaciones, quiero agradecer al comité organizador y científico y al Presidente de la asociación, Moncho Area, con quien comparto mesa, la invitación y desearos una buena jornada de trabajo que redunde en un mejor hacer clínico y en una mejor asistencia a la población a la que cuidáis.

Mi relación con la psiquiatría más allá de haberla estudiado en la carrera está marcada por dos hechos relevantes, y aunque separados en el tiempo hacen un lazo para cruzarse años después. Nunca lo hubiera imaginado.

Os cuento la historia.

Hice mi rotatorio en psiquiatría en el antiguo Hospital de Toén siendo estudiante; lugar renombrado por haber sido fundado y dirigido durante muchos años por Cabaleiro, de cuyo empeño surgió el proyecto de hospital en el año 1959 después de otras opciones fracasadas como ser la leprosería del Norte de España.

Pues bien allí llegue siendo estudiante; mi encuentro con la locura no dejó de sorprenderme, de generarme preguntas.

Años más tarde el devenir de la vida me dio la opción de ser gerente del CHUOU y fue en ese momento en el que se produjo una situación particular, que fue el segundo acto de la primera escena que os conté: liderar el proceso de cierre promovido por los clínicos que allí trabajaban y que consideraron con razón que aquel proyecto inicial se había transformado en un lugar poco digno y que después de muchos años precisaba de un cambio que dignificara a los que allí vivían, de modo que lo hostelero y clínico le ubicara en el lugar que había ocupado en la historia de la clínica psiquiátrica y que le correspondía.

Pues bien, allí me encontraba yo parar hacerme cargo de un cierre muy protestado, muy complicado, con muchas aristas y lecturas pero a todas luces imprescindible.

Os he de confesar que fue un momento complicado, lleno de sinsabores y dificultades pero del que me siento profundamente orgullosa, tanto que creo y me atrevo a decir aquí en público que quizás haya sido el cambio más relevante de tipo asistencial realizado en Galicia en los últimos años en relación a la mejora de la salud mental y que posiblemente precisará todavía de años para que su trascendencia y relevancia sea lo suficientemente reconocida.

Por otra parte, en mi experiencia gerencial supuso un reto y un aprendizaje del que no muchos gerentes pueden decir han realizado y que me hizo adquirir experiencia a marchas forzadas.

Fue básicamente un proyecto realizado y liderado por mujeres... y eso también me gustaría señalarlo pues creo que a la hora de la verdad y en donde las apuestas han de ser muy decididas, nosotras somos mucho más valientes jugando y apostamos fuerte.

El cierre de Toén concluyó un capítulo de la historia y abrió otro diferente; en un lugar amable, soleado, alegre y precioso en el que Ourense y el Miño están a sus pies... Las mejoras son indudables e indiscutibles... y de ese proyecto conjunto nació y perdura mi amistad con Alcira, con Yolanda, con

Campos, con Chus y con otras muchas personas que estaban alrededor... que considero que aman su trabajo y de ahí su decisión y compromiso asistencial sin cuyo acto valiente todo esto no hubiera sido posible.

Ellos forman parte de un servicio de psiquiatría joven, dinámico, con ganas, que cuenta con numerosos miembros destacados y valiosos, muy premiados, y de reconocido prestigio que sé que quieren y deben mejorar todavía más la asistencia. Yo estoy para apoyar proyectos, para intentar desde el lugar que ocupo ahora seguir mejorando la atención a estos ciudadanos a los que atendéis, y que desde siempre han sido marginados y no siempre bien cuidados... por razones múltiples, algunas muy enraizadas en lo popular y difíciles de modificar.

Sé que compartís la filosofía asistencial de la atención comunitaria, que defendéis que hay que rebajar medicación y hacer apuestas por la intervención en la comunidad, que defendéis que sus derechos sean atendidos y defendidos... y respetados, cosa que no siempre ocurre y que sois partidarios de menos “camas” y más recursos que favorezcan su integración y su vida en la sociedad de modo digno como merecen. Sé que estuvisteis ahí con vuestro apoyo en el momento del cierre cuando se os pidió colaboración para avalar que era un cambio inaplazable.

Me alegra que hayáis incluido en vuestra conferencia de clausura la voz de los diagnosticados a través de Paula Tomé que representa al colectivo Radio Prometea desde cuya radio hacen oír su voz y sus discrepancias... pues tendrán estoy segura mucho que decir y que criticar para mejorar.

Le he preguntado a Chus por el cartel... porque para mí era un tanto chocante; me ha explicado que ese nudo que intenta unir unas cuerdas desaparejadas y que es una buena metáfora de la psicosis, tema que os convoca... que es el nudo con hay que inventar para que el psicótico zurza algo de su ser y le permita hacer lazo social, y así poderse unir un poco a los otros... y que eso es una tarea clínica pero también de la invención, la firma de cada sujeto. Bueno pues eso me ha parecido entender, y que algo de arte tiene...

Pues bien os dejo ya, que el trabajo que os convoca hoy haga lazo entre los que estáis aquí reunidos y que vuestro trabajo permita que otros también

lo hagan para mejorar su situación en la vida, como también yo hice lazo con la psiquiatría a través de un acto que, como quiero recordar, forma parte de la historia de esta ciudad, de esta disciplina y de mi propia vida, de lo que me siento muy orgullosa.

Os deseo una buena jornada.

Gracias

Ramón Area Carracedo

Presidente AGSM-AEN

Bos días a todos. Desexo comezar agradecendo a asistencia dos inscritos, o traballo do comité organizador e a colaboración das institucións que xenerosamente deron apoio e medios.

A AGSM ten moito que ver con Ourense. Unha parte importante da directiva traballa aquí e hai moita historia ao redor de Cabaleiro, Lamas, Toén e, de xeito máis recente, Piñor. Unha certa orixinalidade caracterizou de sempre as iniciativas en saúde mental que xurdiron dende esta cidade e por iso non me sorprende o título. Intuíño que na frase *As declinacións da loucura* se estaba a suxerir algo importante.

Ao primeiro lembreime das clases de latín e daquela recitación memorística que adormecía: *liberta, liberta, libertam, libertae, libertae, liberta*. O aburrimiento máis sublime (e aprenderse as declinacións do latín pertencía a esa clase de fastío) ten un poder particular. Nalgúns intres, mentres só desexas entrar en modo papamoscas e que chegue rápido a hora do recreo, a un asoláganlle preguntas ben extrañas. En concreto, un venres pola tarde, nun mes de novembro, fai unha chea de anos e aquí, en Ourense, no instituto de As Lagoas, veume unha dúbida ao siso: Por que algunhas linguas teñen declinacións e outras non? Cal é o seu verdadeiro sentido, a razón última da súa existencia?

Escóitase ata a saciedade acerca da relevancia do método científico na comprensión da realidade, pero coido que, en xeral, se lle outorga pouca importancia á cuestión da diversidade lingüística. Houbo e hai unha chea de linguas que, máis aló do léxico, das expresións idiomáticas máis singulares ou das diferenzas gramaticais, posúen algunhas particularidades que semellan

insertarse na súa estrutura profunda ata conformar diferentes xeitos de captar o mundo. A *declinación* é unha destas cuestións tipolóxicas que revelan, ao través do estudo das línguas, a variedade de aproximacións á realidade. Así como *conxugar* é deixar claro no verbo o tempo (pasado, presente, futuro...), os intervintes (primeira, segunda ou terceira persoa, singular ou plural) ou o modo (indicativo, subxuntivo...); *Declinar* é facer explícito no sustantivo a *función* que cumpre na oración. Non todas as línguas obrigan a esta marcade e non todas as línguas flexivas establecen os mesmos casos, isto é, as mesmas funcións para o nome.

O discurso dominante en saúde mental non declina a loucura. O seu texto ignora a complexidade e a necesidade de incorporar diferentes perspectivas ao sufrimento psíquico. Non obstante, a loucura, encanto nome, pode situarse de moitos xeitos na linguaxe. No latín, a súa declinación obrigaría a coñecer as formas para os seis casos posíbeis: *loucura*, *loucura*, *loucuram*, *loucurae*, *loucurae*, *loucura*.

A *loucura nominativa* implica que a loucura é o suxeito do verbo. Ou, de proceder á metáfora, cando constitúe de verdade o centro da atención, aquilo para o que se artella o sistema sanitario por riba doutras encomendas que a sociedade e o poder fanlle á psiquiatría.

Teríamos logo a locura en *xenitivo*, no caso de que exprese na frase unha marca de propiedade (cousas de tolos) e que debería levarnos a cavilar se existe unha radical diferenza entre a normalidade e a anormalidade.

Do caso *dativo* adoita dicirse que corresponde co complemento indirecto. Ou sexa, indica o destinatario da acción verbal (para os tolos). A loucura en dativo estaría a falar do que se dedica e do que se escatima na atención en saúde mental.

O *acusativo*, pola contra, correspóndese o obxecto directo (aos tolos). Trátase dunha relación non mediada entre o nome e o verbo e tende a contemplar a locura como algo no que actuar, da orde da acción pero non só dende a terapéutica senón tamén dende a ética e os dereitos, que tamén poden ter os seus verbos, digo eu.

O *ablativo* é un complemento circunstancial (onde os tolos, cos tolos, cando

os tolos). A loucura en ablativo daría conta dos distintos lugares asistencias, das diferenzas no xeito de entender o tempo, das eleccións dos outros fronte a loucura.

A loucura declina moito máis aló do latín. Noutras linguas existen casos distintos, como o *abesivo* (a ausencia de algo), o *adesivo* (localización adxacente), o *comitativo* (en compañía de alguén), o *elativo* (fóra de algo), o *traslativo* (o cambio dunha condición notra nova).

Saber declinar non é recitar palabras en latín. Coido que é recoñecer a complexidade das persoas e do mundo, admitir que existen miradas e saberes diferentes mesmo inscritas na tipoloxía das línguas.

E aprender a exclamar, de cando en vez, ¡o tempora, o mores!¹

¹ oh tempos!, oh costumes!

Tiempo, subjetividad y vivencia

Adrián Gramary. Psiquiatra

Centro Hospitalar Conde de Ferreira. Porto (Portugal)

Correspondencia: adrian.gramary@gmail.com

*¿Qué es, pues, el tiempo? Si nadie me lo pregunta, lo sé,
pero si intento explicarlo, no lo sé.*

San Agustín: *Las Confesiones*.

La temporalidad es uno de los capítulos de la semiología psiquiátrica sobre el que más profundamente ha reflexionado la fenomenología y la antropología existencial. Y no debe sorprender a nadie que estas dos corrientes filosóficas hayan mostrado una especial querencia por la reflexión sobre el tiempo y el espacio, ya que estamos ante dos nociones que son *condicionantes universales* y, a la vez, *entidades estructurantes constituyentes del ser humano*. Son *condicionantes naturales universales* porque no hay ningún ser viviente que se pueda situar fuera del marco espaciotemporal, y son *entidades estructurantes constituyentes del ser humano*, porque el hombre es el único ser viviente que es transcendido vivencialmente por el espacio y el tiempo.

Toda la reflexión sobre el tiempo y la mente parte de la dicotomía o distinción básica entre *tiempo objetivo* y *tiempo subjetivo*. Por *tiempo objetivo* se entiende el tiempo cronológico, físico o histórico. Nos referimos así a una noción cuantitativa e independiente del Yo, que depende de una medida precisa, y que es objetivo en el sentido en que es compartido con otros y verificable. El *tiempo subjetivo* es, al contrario, un tiempo interior y subjetivo, es la experiencia subjetiva del tiempo, lo que entendemos por la vivencia de la temporalidad.

Proponemos, por lo tanto, abordar sucintamente la evolución histórica del

concepto del tiempo. Las escasas referencias sobre esta cuestión que se encuentran hasta el siglo XIX (exceptuando el caso de San Agustín, del que hablaremos más adelante) se ciñen al *tiempo objetivo*, aquel que los médicos valoran a través de la orientación temporal. Esta idea del conocimiento del tiempo objetivo, en cuanto medición del tiempo del reloj y el calendario se basa en las ideas de *Newton* y *Leibniz*, entre otros filósofos clásicos. Para Newton, el tiempo físico es un tiempo absoluto, matemático, existente en sí mismo e independiente de las cosas. Newton concibe el tiempo, al igual que el espacio, como una realidad infinita, uniforme, una especie de receptáculo o medio universal donde pasan las cosas y transcurren las vidas de los hombres, y que existiría tal cual, independientemente de cualquier conciencia que pudiera percibirlo.

Según esta concepción, el tiempo, al igual que el espacio, serían, por lo tanto, realidades objetivas independientes del ser humano, es decir, *entidades objetivas puras*.

En el siglo XVIII, *Kant* protagoniza un giro copernicano en la concepción del tiempo al ubicar tiempo y espacio en el campo de la subjetividad, definiendo ambas nociones como *intuiciones puras "a priori"* que posibilitan la aprehensión de la experiencia externa. Semejantes intuiciones, según Kant, no poseen ni una "realidad en sí" ni una "realidad vinculada a los objetos", sino que representan "formas" (en el sentido kantiano) de la intuición sensible, sin cuya mediación no podríamos captar el mundo objetivo. Para Kant, tiempo y espacio son, por lo tanto, *categorías del conocimiento* que permiten la distribución de las percepciones, las representaciones, los conceptos y los saberes. Con todo, en cuanto entidades humanas, el espacio y el tiempo aún conservan en Kant el carácter de *entidades potenciales o huecas*, que, si bien se hallan presentes en el interior del hombre, sólo toman plena realidad cuando se llenan con objetos de conocimiento.

La visión kantiana del tiempo difiere notablemente de la concepción de la fenomenología y de la antropología existencial. Según estas corrientes de pensamiento, el tiempo no es un "objeto real", como sugería Newton, pero tampoco es una "entidad hueca", como señalaba Kant: para la fenomenología y la antropología existencial el tiempo es una *categoría básica del ser*.

Jaspers, que, en las sucesivas ediciones de su *Psicopatología general*, se muestra heredero de la filosofía kantiana en el modo de abordar el estudio de las vivencias del tiempo y del espacio en los enfermos psíquicos, distingue entre “saber acerca del tiempo” o apreciación del tiempo objetivo, y la “vivencia subjetiva del tiempo”. El espacio y el tiempo son ya, para Jaspers, cualidades primordiales de la estructura de la vivencia.

Husserl también considera el tiempo bajo un doble aspecto: un tiempo de la conciencia, el tiempo *inmanente*; y un tiempo del objeto, un tiempo *trascendente*. Pero el tiempo inmanente no es sólo el “tiempo de la conciencia”, sino a la vez y por necesidad es también “conciencia de tiempo”.

Es necesario detenernos un instante, en este recorrido por la evolución del concepto de temporalidad, en el pensamiento de **Bergson**, que, a pesar de no formar parte de las corrientes fenomenológica o existencial, es uno de los filósofos que más atención ha dedicado al estudio del tiempo, siendo éste el punto de partida de toda su reflexión filosófica. Bergson aplica la “duración” al tiempo, lo cual supone una novedad que va a transformar la concepción tradicional del tiempo, y establece una distinción entre la “pura duración” (*durée*), por un lado, y el “tiempo” de los físicos, por otro. Este concepto de *pura duración* será el concepto básico que utiliza Bergson para explicar la vida, el universo y el hombre, constituyendo el núcleo sobre el que pivotan todos sus escritos.

El tiempo de los físicos, nos dice Bergson, es una noción creada sobre términos espaciales, descrita en imágenes topológicas, como ocurre con la distinción entre pasado, presente y futuro, o con la consideración del instante. La *pura duración* representaría, sin embargo, la verdadera trama, la fundamentación de la realidad y del sujeto. Para este autor, la conciencia es el ámbito privilegiado donde se localiza primeramente el tiempo, dándose así una *unión entre “pura duración” y conciencia*. La conciencia es el ámbito dominado por el tiempo: el tiempo se torna así el “tejido”, la “trama” misma de la actividad de la conciencia.

Minkowski integra en su pensamiento el vitalismo espiritual de Bergson y la fenomenología de Husserl y propone una relectura de la psicopatología a la luz de la vivencia de la temporalidad, tema al que dedica su obra magna

El tiempo vivido (Le temp vécu). El “tiempo vivido” de Minkowski es un concepto heredero de la duración pura de Bergson, dentro del cual el autor distingue los siguientes sectores –que no guardan relación con el tiempo cronológico:

El sector de las antiguallas y cuestiones periclitadas	Pasado remoto
El sector de las nostalgias	Pasado mediato
El sector de los remordimientos	Pasado inmediato
El sector actual	Presente
El sector de la expectación y la actividad	Futuro inmediato
El sector de los deseos y esperanzas	Futuro mediato
El sector de la oración y los actos éticos	Futuro remoto

Dentro del presente habría que distinguir, según Minkowski, el “justamente ahora”, que es una especie de pico, y el “presente propio”, que representa una meseta.

La noción de temporalidad vigente actualmente en la psiquiatría fenomenológica tiene una deuda indudable con la obra de *Heidegger*, quien en su obra más conocida, *Ser y Tiempo* defiende que la estructura antropológica del hombre arranca de su temporalidad. Heidegger estima que cada dimensión del tiempo (presente, pasado y futuro) constituye un *éxtasis*, pues sale fuera de sí misma y su vigencia no cesa en ningún momento. El presente está, por lo tanto, empapado de pretérito y de futuro. El futuro no es simplemente “algo que acontecerá”, “algo que todavía no es”, sino que opera en cada momento presente. De igual forma, el pasado no es sólo “algo que ha sido”, sino que es una realidad operativa en cada momento presente. En conclusión, al contrario de lo que sus respectivas denominaciones nos puedan hacer creer, el pasado se halla todavía presente en nosotros y el futuro ya está presente en nosotros. Por esto afirmamos que ambos tienen una cualidad de presente, también operativa, natural-

mente, en el presente. Las tres modalidades bajo las cuales se perfila esta experiencia (y que denominamos, precisamente, pasado, presente y porvenir), manteniéndose distintas, se manifiestan en una unidad que no puede romperse, y que se organiza como un *continuum* donde se interpenetran y matizan unas a otras sin cesar. De este modo, para Heidegger, en nuestra existencia, hay una sucesión de momentos, cada uno de los cuales integra una síntesis del pasado, el presente y el futuro. Puesto que la existencia es un proyecto y una transcendencia, siempre apunta al futuro, que es el *éxtasis* del tiempo más potente y es el agente determinante del pasado y del presente. En la fenomenología existencial de Heidegger el porvenir gira, de hecho, en torno al impulso hacia la muerte, porque la muerte irreversible es en esta doctrina un fin absoluto.

Heidegger señala también que existen dos modos básicos de vivir el tiempo: como *tiempo originario o primordial* y como *tiempo trivial o vulgar*. El *tiempo primordial* se caracteriza por la prevalencia del futuro y sirve de marco de la existencia auténtica, aquella existencia que toma conciencia de su finitud y que está construida sobre la transcendencia. La concienciación de un límite donde surge la muerte, donde aparece la imagen de “ser-para-la-muerte”, es, sin embargo, muy ansiógena y, por ello, la existencia auténtica, aquella que nos permite vivir el *tiempo originario*, está empapada no sólo de futuro, sino de angustia. En la existencia inauténtica, por el contrario, domina la cotidianidad y el *tiempo trivial*, que está saturado del presente.

San Agustín, hace más de mil quinientos años, tuvo una intuición muy semejante a la de los *éxtasis* de Heidegger, cuando afirmaba en sus *Confesiones*:

No se dice con propiedad: los tiempos son tres, pretérito, presente y futuro, sino que tal vez con más propiedad se diría: los tiempos son tres: presente de las cosas pretéritas, presente de las cosas presentes y presente de las cosas futuras. Pues estas son tres cosas diversas en el alma, y fuera de ella no las veo: memoria, presente de lo pretérito; la mirada o atención, presente de lo presente; la expectación, presente de lo futuro.

San Agustín tuvo, además, el gran acierto de puntualizar que el tiempo no es una medida externa, sino una medida interna, es decir, una extensión anímica.

<i>Filósofo</i>	<i>Identidad del tiempo y el espacio</i>	<i>Transcendencia psicopatológica</i>
Newton y Leibniz	Entidades objetivas puras	Exploración de los trastornos de la orientación
Kant	Entidades humanas potenciales o categorías del conocimiento	Obra de Jaspers
Husserl y Bergson	Categorías humanas básicas	Obra de Minkowski
Heidegger	Tiempo humano impregnado de tres éxtasis	Análisis existencial y la mayor parte de la fenomenología categorial

Adaptado de Alonso-Fernández, F. (1976)

Gracias a la psicología evolutiva, la psiquiatría consiguió verificar la situación jerárquicamente superior de la temporalidad en relación con la espacialidad. Por ejemplo, la adquisición de la percepción del curso del tiempo, según *Gesell* y *Amatruda*, es más abstracta que la del espacio y se desarrolla más tarde.

Piaget señala también que el desarrollo de la noción de espacio antecede a la del tiempo. El niño, según *Piaget*, adquiere la capacidad de ordenar en el tiempo los acontecimientos independientes del Yo entre la segunda y la tercera etapa del desarrollo de las relaciones topológicas, hacia la edad de ocho o nueve meses. Hacia los dieciocho meses, ya es capaz de evocar recuerdos no ligados a la percepción directa y situarlos en el marco de un tiempo que engloba toda la historia de su mundo. De este modo, la temporalidad comienza a referirse a las representaciones.

La vivencia del espacio tiene no sólo una génesis más precoz que la del tiempo, sino una construcción más sólida frente a los embates de las enfermedades psíquicas. Por esta razón, y también por razón de la hegemonía existencial ya referida, el tiempo tiene más importancia psicopatológica que el espacio.

Son bastantes los autores que, a partir de los desarrollos teóricos heredados de la fenomenología y la antropología existencial, han dedicado a la psicopatología de la temporalidad capítulos de sus textos. Todos ellos parten (aunque usen para ello denominaciones diferentes), tal como ya fue dicho al inicio de este texto, de la distinción esencial entre *tiempo objetivo* y *tiempo subjetivo*, a la que algunos acrecientan el tiempo fisiológico. No existiendo, de hecho, un acuerdo sobre la clasificación de las alteraciones del tiempo, proponemos centrarnos en dos formulaciones relativamente recientes: las de Christian Scharfetter y Andrew Sims.

Scharfetter diferencia así el *conocimiento del tiempo* de la *vivencia del tiempo*. El *conocimiento del tiempo* es la valoración del tiempo objetivo. El *conocimiento del tiempo* tiene, por lo tanto, un importante significado para la orientación. La *vivencia del tiempo* es descrita por este autor como “tornar presente el tiempo, como un continuo biográficamente coherente y orientado entre pasado, presente y futuro (tiempo del Yo)”. La vivencia del tiempo, como experiencia de la propia evolución, es un componente de nuestra conciencia de nosotros mismos: es la vivencia de la continuidad del Yo, a través de las transformaciones de nuestra propia forma y de la forma del medio ambiente, de las situaciones espaciales y sociales y de nuestro propio papel en ellas. De este modo, la vivencia del tiempo es parte de la experiencia de nuestra propia identidad. El *conocimiento del tiempo* es, para Scharfetter un constructo destinado a nuestra percepción del devenir temporal, cuyos pilares son la conciencia vigil, las funciones mnémicas y de la inteligencia. La *vivencia del tiempo*, además de esos requisitos, está determinada por el estado general de nuestro organismo (el estado del metabolismo, la temperatura corporal, etc.), del ritmo circadiano, del estado de humor, de la motivación, de la actividad básica, etc.

Cuanto más activa es una persona, cuanto mayor es la cantidad de vivencias, más rápidamente el tiempo le parece pasar. La escasa motivación con relación a los acontecimientos actuales, la pobreza de las vivencias y de la motivación con relación a un acontecer futuro, acompañado por inactividad momentánea (espera), dan lugar a una hipervaloración de los periodos de tiempo (aburrimiento).

Scharfetter clasifica las alteraciones de la *vivencia del tiempo* de la siguiente forma:

1 - *Vivencia de aceleración del tiempo*: que aparece en el inicio (aura) de las crisis epilépticas, bajo el efecto de ciertos fármacos psicotrópicos (mescalina, psilocibina, LSD, anfetamina, escopolamina) y en la euforia maníaca.

2 - *Lentificación del tiempo (vivencia de dilatación del tiempo hasta la detención del tiempo)*: que aparece en depresiones graves (sobre todo en las endógenas), en la esquizofrenia, en estados de éxtasis, bajo la influencia de drogas (neurolépticos, LSD, quinina) y a veces en las auras epilépticas.

3 - *Pérdida de la realidad del tiempo*: caracterizada por la falta la conciencia de un continuo temporal y que puede aparecer en los cuadros confusionales, en el síndrome de Korsakoff, en depresiones graves, bajo la influencia de alucinógenos y a veces en la esquizofrenia, con fenómenos de desrealización y despersonalización evidentes.

4 - *Perturbación de las categorías del tiempo*: Las proporciones entre pasado, presente y futuro están alteradas. Pueden faltar una o varias de estas dimensiones. Por ejemplo: desaparición del tiempo, pérdida del pasado, imposibilidad de considerar el futuro, mezcla de pasado y presente. Estos fenómenos pueden aparecer en ciertos estados regresivos de la esquizofrenia, en la deficiencia mental profunda, en el sueño y en los cuadros confusionales (estado crepuscular o delirio exógeno).

Scharfetter incluye en este apartado lo que denomina *ecmesia*, una experiencia alterada del tiempo caracterizada por el hecho de que el pasado es vivido como presente, es decir, durante su vivencia actual, el paciente cree estar en un tiempo pasado. La *ecmesia* puede aparecer en el síndrome de Korsakoff, en las demencias, bajo la influencia de alucinógenos y en esquizofrénicos.

Sims divide este capítulo de la psicopatología, en:

Alteraciones del tiempo objetivo o cronológico.

Alteraciones del tiempo subjetivo o de la vivencia del tiempo.

CLASIFICACIÓN DE LAS ALTERACIONES DEL TIEMPO (SIMS)

Alteraciones del tiempo objetivo

Alteraciones del conocimiento del tiempo: desorientación temporal

Alteraciones de la duración del tiempo

Alteraciones de la cronología (orden temporal)

Alteraciones del tiempo subjetivo

Alteraciones del flujo del tiempo

Alteraciones de la dirección del tiempo

Alteraciones de la unicidad del tiempo

Alteraciones de la cualidad del tiempo

1 -

ALTERACIONES DEL TIEMPO OBJETIVO

Íntimamente asociadas a alteraciones de la conciencia, la atención y la memoria.

a - Alteración del conocimiento del tiempo: que se refleja en la desorientación temporal, que es una de las características del delirium y la demencia, y constituye para Sims un buen criterio clínico para distinguir las alteraciones funcionales de las orgánicas.

b - Alteración de la duración del tiempo: característica de los cuadros depresivos.

c - Alteración de la cronología del tiempo u orden temporal: que aparecen en diferentes lesiones neurológicas diencefálicas (lóbulo frontal, parietal y área prefrontal izquierda).

2 - ALTERACIONES DEL TIEMPO SUBJETIVO

a - Alteración del flujo del tiempo, que puede estar acelerado (como ocurre en la manía) o lentificado (en la depresión), llegando incluso a la vivencia de detención del tiempo (como acontece en la depresión psicótica o en el síndrome de Cotard –donde se ha descrito el sentimiento de inmortalidad–, en la esquizofrenia o en fenómenos de éxtasis).

b - Alteración de la dirección del tiempo, caracterizada por la sensación de que los acontecimientos ocurren al contrario, como si se estuviese rebobinando.

c - Alteración de la unicidad del tiempo, como ocurre en los fenómenos de *déjà vu* y *jamais vu* o en el fenómeno de reduplicación del tiempo, durante la que el paciente siente como si ya hubiese vivido su propia vida. Estos fenómenos pueden aparecer en la epilepsia o en la esquizofrenia, y Sims, con todo, reconoce que tal vez sería más apropiado clasificar dentro de las alteraciones de la memoria.

d - Alteración de la cualidad del tiempo, donde incluye experiencias caracterizadas por la vivencia de alienación respecto al tiempo, de forma que este se torna exagerado, intrusivo e incluso irreal, que puede aparecer en fenómenos de desrealización y despersonalización.

BIBLIOGRAFÍA

ALONSO- FERNÁNDEZ, F: *Fundamentos de la psiquiatría actual*, Madrid: Paz Montalvo, Tomo 1, 1976.

BERGSON, HENRI: *Memoria y vida*, Madrid: Alianza editorial, 2016.

JASPERS, KARL: *Psicopatología general*, Méjico: Fondo de Cultura Económica, 1996.

KOERNER, STEPHAN: *Kant*. Madrid: Alianza editorial, 1995.

MINKOWSKI, EUGÉNE: *El tiempo vivido*, Méjico: Fondo de Cultura Económica, 1973.

REALE, GIOVANNI Y ANTISERI, DARIO: *Historia de la Filosofía - II. Del Humanismo a Kant - 1. Del Humanismo a Descartes*, Barcelona: Herder, 2010.

SAN AGUSTÍN: *Las Confesiones*, Madrid: Tecnos, 2006.

SCHARFETTER, CHRISTIAN: *Introdução à Psicopatologia Geral*, Lisboa: Climepsi, 1997.

SIMS, ANDREW: *Sintomas da mente. Introdução à psicopatologia descritiva*, 2011 (edición portuguesa).

VATTIMO, GIANNI: *Introducción a Heidegger*, Barcelona: Gedisa, 2002.

O suxeito na temporalidade psiquiátrica

Ramón Area Carracedo. Psiquiatra

Hospital de Conxo. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

Correspondencia: ramon.area.carracedo@sergas.es

O TEMPO DA NATUREZA E DA CULTURA

En calquera lugar do mundo podemos atopar vestixios míticos que teñen á lúa como protagonista: a ela cántanlle os bosquimanos, no seu honor comen e beben en Groenlandia, as antigas comunidades xermánicas trataban nas noites de lúa chea os asuntos máis delicados, os feiticeiros rendíanlle os seus rituais...

Pode que igual de antiga ca todos estes costumes sexa a palabra lunático ou aluado para referirse a aqueles que perderon o siso. Cando menos, coetánea á primitiva relación entre a lúa e a medición. A *moon* inglesa ou a grega *metron* derivan da raíz *me* que significa medida e que nos lembra que foi a lúa o primeiro instrumento universal para medir o tempo.

A lúa proporcionou unha temporalidade exacta para a sucesión do día e a noite, para a medición dos ciclos menstruais e para a duración dun embarazo (dez meses lunares). Porén, era imperfecta na construción dun calendario de estacións que predecira a chegada do frío, a neve ou a choiva. E así, os agricultores entregáronse á temporalidade do sol, do ano e das estacións. Aconteceu no Exipto que, malia carecer do interese dos gregos polas matemáticas, vivían a carón dun río, o Nilo, que determinaba a vida enteira co seu ritmo dramático.

Logo da lúa diaria, o sol anual... veu a semana que organizou a festa, o mercado, o traballo ou as proclamas públicas. Os romanos vivían nunha semana de oito días aínda que os diferentes pobos do mundo atoparon ata quince xeitos de agrupalos en conxuntos de cinco ata dez.

O pulo cara un tempo máis diminuto xurdiu dos intentos de liberarse da tiranía do sol, isto é, poder medir o tempo na escuridade da noite. Ao reloxo de sol engadiuse o reloxo de auga empregado cando eran precisas unidades de tempo máis breves. Nos tribunais romanos repartíase o tempo entre os avogados das dúas partes mediante o baleirado dunha cunca cun burato no fondo. A clepsidra, isto é, os vinte minutos, introduciu na linguaxe expresións como *aquam dare* (dar auga) para indicar que se lle debía dar máis tempo a un letrado. E *aquam perder* (perder auga) era perder o tempo.

Aínda que podían medir o tempo na ausencia da luz, estes reloxos precisaban seren calibrados cun reloxo de sol. Para seren donos do tempo e acadar precisión, o ser humano tivo que crear unha máquina que non apareceu en Europa ata o século XIV. As horas só existen dende entón e tamén a puntualidade (lembramos a Séneca cando dicía que a puntualidade era unha virtude incerta xa que era tan imposible que os reloxos de Roma se puxeran de acordo como que o fixeran os seus filósofos). E se os agricultores entraron nun tempo do sol, os avogados nun tempo da auga, no tempo das horas entraron... os monxes que desexaban coñecer a hora sinalada para as súas plegarias. Os reloxos monásticos daban as horas canónicas que, dende o século VI e grazas a San Bieito foron: maitines, hora prima, hora tertia, meridies, hora nona, vísperas e completas.

Hai un cambio importante nesta nova temporalidade: os primeiros reloxos amosaban o fluxo do tempo, o movemento do sol ou da auga namentres que os aparellos mecánicos xeraban un súbito acto mecánico: o golpe dun martelo nunha campá.

Así, en toda Europa os cidadáns comezaron a falar dun tempo de reloxo que facía mención á última hora na que escoitaran tanguer. As horas que sonaban eran esoutro tempo o *'clock*.

Nas viaxes por mar era relativamente sinxelo obter a medida da latitude calculando a altura do sol sobre o horizonte. Porén, a lonxitude sempre foi un problema e moitos monarcas europeos chegaron a ofrecer cuantiosos premios a quen descubriera unha solución. No manicomio debuxado por

Hogarth no seu *Rake progress* (1736)¹ podemos observar un internado tratando de resolver coa maior das seriedades o problema da lonxitude. En todo caso, esta cuestión foi a orixe dos reloxos impulsados por resortes ata que o reloxo marino de Harrison permitiu o deseño dun reloxo portátil e así toda unha nova percepción do tempo.

A historia do tempo é quen de sinalarnos as diferentes formas da temporalidade na historia da humanidade: un tempo de lúa, luz e xestación; un tempo de sol, anos, estacións e agricultura; un tempo de auga, puntualidade e dereito; un tempo de horas de rezo e o tanxer de campá; un tempo portátil.

O TEMPO INAUGURAL DA PSIQUIATRÍA.

As orixes da psiquiatría poden ser establecidas en distintas datas ou en relación con diferentes acontecementos. Unha das candidatas sitúase a finais do século XIX, en Alemaña, cando Emil Kraepelin empeñou anos e oito edicións do seu *Lehrbuch*² na construción dunha nosoloxía das enfermidades mentais que borrara definitivamente a loucura do saber psiquiátrico. Neste bautismo produciuse un enmañaramento da temporalidade que chegou até os nosos días de DSM.

A complexidade da cuestión do tempo no ser humano anudouse con discreción neste proxecto psiquiátrico mais delongou cuestións complexas e conflictivas até o presente.

Kraepelin empregou tres tipos ben distintos de temporalidade na súa obra teórica

Un/ Considerou imprescindible atender ás modalidades de terminación das doenzas (*endzustand*) e, en particular, ao debilitamento psíquico (*verblödung*) característico da *dementia praecox*. Esta temporalidade cara ao

¹ https://en.wikipedia.org/wiki/A_Rake%27s_Progress

² *Lerhbuch für studierende und ärzte* (1883-1909)

futuro xurdiu ante a imposibilidade da psiquiatría de definir as doenzas dun xeito completo e cifrando o diagnóstico na evolución e non na etiloxía como sería, para o psiquiatra alemán, desexábel. Fundou un tempo que enredou o provisional (ata que a ciencia permita outra cousa), o utópico (a ciencia acadará tal posibilidade de coñecemento) e o determinista (o deterioro inexorábel da doenza).

Dous/ Unha das cuestións fudamentais da súa nosoloxía foi a distinción entre a psicose maníaco-depresiva e a esquizofrenia que quedou definitivamente establecida na súa obra a partires da quinta edición (1896) e que xa incorporou os achádegos de Kalhbaum. Desprega un tempo relativo onde a loucura aparece como unha cuestión parcial ou de momentos. Tal relatividade tiña o seu precedente no concepto de monomanía francesa (a loucura pode circunscribirse a un contido) e un reflexo no ámbito legal na cuestión da enaxenación mental transitoria (a loucura pode circunscribirse a un intre da vida).

Tres/ Na diferenciación coa paranoia, terceiro grande cadro pertencente ás psicoses, estableceu unha causalidade psicóxena “elaboración enfermiza dalgunhas experiencias vitais do doente” aínda que Kraepelin tendeu a diminuir o grupo das paranoias e aumentar o grupo da *dementia praecox*. A temporalidade nesta dicotomía anuda o tempo biográfico e o tempo morboso dun xeito que semella non resultarlle completamente satisfactorio.

Karl Jaspers adicou páxinas da súa psicopatoloxía xeral ao tempo nos modos do enfermar.

A patocronia médica fora un asunto central na orixe do método hipocrático. O paso dende o *mythos* ao *logos* precisou a creación dun tempo previo á morte, a enfermidade, que se entendeu como unha loita entre o individuo e o proceso morboso subxacente da que, o resultante, era o síntoma. Esta *temporalidade da loita* muda a partires do renacemento cara ao *tempo do pronóstico* onde o azar pero tamén a individualidade do doente son reducidos pola universalidade da anatomía e, dende o século XIX, pola aparición da fisioloxía e a patofisioloxía como novo referente do enfermar nos traballos de Claude Bernard. Así, na medicina desenvólvese un tempo no que a enfermidade desprégase ao longo dun traxecto xeralmente determinado e

aparecen os períodos: incubación, prodrómico, manifestación ou acme, convalecencia e secuelas.

Karl Jaspers procedeu a unha descripción fenomenolóxica das formas patocrónicas do enfermar psíquico botando man de tres tipos de temporalidade.

A primeira diferenza o agudo fronte ao crónico dun xeito semellante á patocronia da medicina orgánica. O factor determinante é a instauración ou o despregue de síntomas na liña do tempo. Así, a instauración súbita é a propia de accesos e reaccións, a instauración rápida é característica de fases e brotes e a instauración prolongada é a propia dos desenvollos.

A segunda temporalidade traza unha marca entre o subxectivo e o orgánico ao través da existencia dun desencadeante (feito capturábel dende a descripción) e da propiedade intrínseca da comprensión (feito capturábel dende a captación fenomenolóxica).

A terceira temporalidade céntrase no tempo encanto fluxo que pode crebar cara ao irreversible ou, pola contra, retornar ao cauce anterior.

O TEMPO NO SUXEITO DA PSIQUIATRÍA

Laplanche³ propuxo tres tipos de temporalidade. O tempo cosmolóxico ou tempo I é o tempo do calendario, obxectivo e medíbel. Regula, en diferentes graos aos organismos vivos ao través de ciclos: noite/día, inverno/verán.

O tempo perceptivo ou tempo II é o tempo do ser vivinte, da conciencia inmediata, operativo e utilitario e que pode ser descrito como unha estimación interna do tempo.

O tempo da memoria e o proxecto ou tempo III é o tempo interno, subxectivo, historizábel. Precisa dunha teoría do suxeito e nel aniñan os proxectos de vida.

³ LAPLANCHE, J. (1996). La prioridad del otro en psicoanálisis. Buenos Aires: Amorrortu

O tempo cultural ou Tempo IV pode considerarse como un tempo social aínda que para Laplanche é tamén un tempo da humanidade, de millóns de anos equiparábel a un tempo xeolóxico.

A psiquiatría descritiva achou nos tempos I e II contextos nos que ancorar algúns síntomas. Trátase dun xeito de entender o tempo que cadra ben co concepto de función mental no que repousa unha grande parte da psicopatoloxía. Lembremos que o concepto de función mental naceu como unha metaforización da función corporal e, ao igual que existe unha función renal ou dixestiva, establecéronse funcións mentais como a memoria, a atención, o pensamento, a afectividade ou a percepción.

O tempo cosmolóxico, ao se organizar en ciclos, permitiu despregar unha psicopatoloxía da alimentación, da afectividade estacional. A normalidade ou anormalidade xira ao redor do ritmo, un descriptor xeral que pode ser aplicado ás diferentes funcións mentais. Aínda que procura obviar a globalidade, implícitamente son os eixos da repetición e da organización quen sinalan a normalidade e nos que repousan sobre todo técnicas terapéuticas para a locura pertencentes á orde do corrector ou do pedagóxico.

O tempo perceptivo permite ancorar a psicopatoloxía no cognitivo. Establece unha normalidade baseada na velocidade, no enlentecemento ou aceleración das funcións vitais e que deriva nunha psicopatoloxía do *hiper* ou do *hipo*. Hai tamén un suxeito implícito ao redor deste tempo II que sitúa ao individuo na calma ou na excitación e para os que se adican unha amalgama de técnicas que oscilan dende o repouso até as estimulacións ao través de distintos programas terapéuticos. Os anormais do tempo II poden precisar sedación, contención pero tamén o contrario, é dicir, talleres, deporte, estimulación cognitiva ou de aprendizaxe e rehabilitación de presuntas funcionalidades deficitarias ou fóra de control.

O tempo cultural ou tempo IV é un tempo que a psiquiatría emprega dun xeito moi heteroxéneo. En ocasións para sinalar as variacións na clínica derivadas dos cambios sociais ou para protagonizar tentativas de inserir á psiquiatría nunha teoría profunda que permita explicar a totalidade do seu campo de estudo como por exemplo a perspectiva proposta dende a

psicología evolucionista. O tempo IV é tamén o tempo que, dun xeito menos crítico, permite unha achega á problemática da distinción entre o normal e o anormal, ás máis das veces para propoñer unha clínica que está por fóra da clínica das clasificacións internacionais pero sen permitir que entre de cheo a relevancia do social nos diagnósticos. É o suxeito establecido nos códigos z, do malestar, dos problemas da vida que interfere na asistencia aos suxeitos DSM.

O tempo III ou tempo do proxecto entende a temporalidade como un determinante existencial do suxeito. Ao redor del, atopamos reflexións de maior fondura, nas que existencia, suxeito ou biografía deben ser incluídas.

Jacques propón que o tempo III está definido por un eixo da sucesión, isto é, da reconstrución histórica e un eixo da intención, da simultaneidade do presente, o pasado e o futuro.

Segundo Moffatt⁴ na esencia da temporalidade é onde se contextualiza o concepto de crise. A continuidade do psiquismo, a identidade, non é un feito dado, algo natural senón que é o resultado dunha construción imaxinaria humana inseparábel do proceso de simbolización. Entende que a cultura é fundamental para crear unha vivencia de continuidade yoica, para otorgar sentido á existencia e protexernos da ansiedade ante a conciencia da propia morte futura. Nun sentido semellante, esto é, a relación entre tempo e morte, Carstensen afirmou que na temporalidade repousa calquera tipo de motivación ou idea de proxecto.

Para Zimbardo⁵ a perspectiva temporal é, polo xeral, non consciente e subxectiva existindo un xeito particular polo que cada individuo relaciónase co tempo e co proceso ao través do cal o fluxo continuo de experiencias é codificado en distintas categorías temporais que permiten coherencia e sentido. Na súa teoría da discontinuidade propón a emerxencia de ansiedade cando se produce un ataque á vivencia de continuidade yoica e desencadéase unha falla nos mecanismos para superalo.

⁴ MOFFATT, A. (1982). *Terapia de crisis (teoría temporal del psiquismo)*. Montevideo: Búsqueda.

⁵ ZIMBARDO, P. (1999). Discontinuity theory: cognitive and social searches for rationality and normality may lead to madness. *Advances in experimental social psychology*, 31, 345-486.

Para Thiébaud⁶ a perspectiva temporal está definida por catro elementos: a afectividade, a densidade, a nitidez e a continuidade.

Paul Ricoeur⁷ afirmou que dicir ser ven a significar, sempre, unha interpretación e unha vivencia de temporalidade. Non existiría tempo pensado se non fose narrado e, polo tanto, faise preciso que alguén fale. Decía Émile Benveniste “o presente é a coincidencia entre un acontecemento e o discurso que o enuncia”⁸.

A articulación de suxeito, interpretación e temporalidade prodúcese ao través do narrativo. Na súa obra retoma a distinción entre o tempo I e o tempo III como as dúas grandes categorías nas que oscilou a filosofía do tempo. O tempo cosmolóxico foi o tempo de Platón, Aristóteles ou Kant. Pola contra, o tempo subxectivo foi o suxerido por Agustín, Husserl ou Heidegger.

Se para Aristóteles o tempo circunscríbese e domínase sen que a alma teña poder de enxendralo, para Agustín⁹ é a alma quen ten o poder de configurar o tempo e por iso a súa percepción sempre é subxectiva. Os suxeitos máis que padecer a acción do tempo están condeados a participar nel (tempo do obrar). Así, por exemplo, sempre que intentemos retornar ao pasado obrigatoriamente recrearemos no aquí e agora unha nova experiencia. A subxectividade implica que o pasado sexa apropiado en forma de memoria, o presente en forma de atención e o futuro como expectativa. O tempo, entón, sempre se encadra no suxeito ao través do psicolóxico. Esta irreducibilidade do tempo subxectivo no ser humano tamén foi referida por William James¹⁰ nos seus *Principios de psicología* cando escribiu que a autoconciencia non pode ser experimentada máis que en modo pretérito. E por Wilhem Dilthey¹¹, quen consideraba que a comprensión é sempre unha comprensión do pasado, unha volta a el: “vivimos cara adiante, comprendemos cara atrás”.

⁶ THIEBAUT, E. (1998). *Le perspective temporelle, un concept a la recherché d iune definition operationnelle. L'Année Psychologique*, 98, 101-125.

⁷ RICOEUR, P. (2007). *Tiempo y narración. Configuración del tiempo en el relato histórico*, vol. 1. Madrid: Siglo XXI Editores.

⁸ BENVENISTE, É. (1997). *Problemas de lingüística general*. Madrid: Siglo XXI Editores

⁹ SAN AGUSTÍN. (2003). *Las confesiones*. Madrid: Editorial Akal.

¹⁰ JAMES, W. (1989). *Principios de psicología*. México: Fondo de Cultura Económica

¹¹ DILTHEY, W. (2000). *Dos escritos sobre hermenéutica*. Madrid: Editorial Istmo.

Na vida e nos obxectos exteriores existen relacións temporais comúns como a simultaneidade, a sucesión, a distancia, a duración e o cambio. Porén, na vivencia a temporalidade aparece como padecer, lembrar ou agardar e non hai outro xeito de vivir a realidade. Ortega y Gasset en *El tema de nuestro tiempo* e en *Ni vitalismo ni racionalismo* afirmou que a dimensión histórica e temporal da vivencia é esencial para a comprensión da existencia e, en especial, para analizar os procesos que configuran o Eu.

Para Henri Bergson¹² o único tempo posíbel é o que acontece no interior da conciencia, o que é captado na experiencia interna. A percepción do tempo deriva da idea de cambio e de fluxo, algo característico dos suxeitos vivos. O fluxo variábel, o tempo, ten unha perspectiva inventiva e creadora xa que a temporalidade permite a reelaboración continua dos estados de conciencia. O tempo subxectivo é, para Bergson, unha intuición de fluxo irreversíbel e de sucesión de cambios.

Minkowski falaba de tempo vivido non só como presente senón como ímpeto, como forza creativa do suxeito que proxecta un sentido no fluxo temporal e nas circunstancias entendidas como obstáculos ou como oportunidades. A temporalidade humana sempre contén a idea dun horizonte que impele non só á acción senón tamén á espera, o desexo ou a esperanza.

Merleau Ponty dixo que atopamos ao tempo no camiño que leva á subxectividade e Tzvetan Todorov¹³ falou na necesidade do olvido e da lembranza na construción do relato.

En xeral, o que estes autores tratan de poñer de manifesto é a importancia da historicidade humana entendida como unha volta ao pasado para afirmar e lanzar o presente e o rol da narratividade como forma primordial de comprensión.

Ehrenberg ten sinalado que a *insuficiencia* é a persoa contemporánea o que

¹² BERGSON, H. (1977). Memoria y vida. Madrid: Alianza Editorial.

¹³ TODOROV, T. (2000). Los abusos de la memoria. Barcelona: Paidós.

o *conflito* representaba para os suxeito da primeira metade do século XX¹⁴. Este rol central da identidade na subxectividade foi recuperado por David Le Breton¹⁵. Sinala que a creba do vínculo social ailla ao individuo e enfróntao a súa liberdade e ao disfrute da súa autonomía pero tamén ao sentimento de insuficiencia e aos fracasos persoais. Para Gauchet¹⁶ existe unha incertidume radical sobre a continuidade e a consistencia do Eu. O individuo enfróntase a unha multiplicidade de posibilidades identitarias para as que só pode contar cos seus propios medios sen importar a precariedade económica ou simbólica de cada un. Manuel Fernández Blanco nos ten falado dese cambio no supereu que contén a obriga de ser feliz.

Le Breton denomina *blancura* a un estado de ausencia de sí máis ou menos pronunciado, a un certo despedirse do propio Eu que está provocado pola dificultade de ser un mesmo. Identifica toda unha serie de situacións contemporáneas nas que o característico é a desaparición do sentido, o baleiro, apoderándose dun Eu expurgado, a indiferencia fronte as cousas, o alivio ao deixar de ser un mesmo, a renuncia a sentirse responsábel da súa existencia ou da dos demais. André Green¹⁷ falara das psicoses brancas cando o Eu procede a despegarse das representacións afrontando o seu baleiro constitutivo, nunha obriga de desaparición.

A *blancura* é a vontade de ralentizar ou deter o fluxo do pensamento, de poñer fin á necesidade social de compoñerse en todo momento nun personaxe segundo quen sexan os interlocutores ou as circunstancias.

Na clínica atopamos enredamentos da *blancura* nas que suxeito e prácticas psiquiátricas conforman novas cronicidades.

As depresións da renuncia: os casos dunha renuncia ao vivir teñen sido estudadas dende unha perspectiva cultural. Coñecemos aos *tumbaos* de latinoamérica, dos que di Luis Landero¹⁸, “*un tumbao no es un holgazán, ni*

¹⁴ EHRENBERG, A. (2000). *La fatiga de ser uno mismo: depresión y sociedad*. Edt. Nueva visión.

¹⁵ LE BRETON, D. (2015). *Desaparecer de si: una tentación contemporánea*. Edt. Siruela.

¹⁶ GAUCHET, M. (2004). *Un monde désenchanté*. Edt. L'Atelier.

¹⁷ DONNET, J-L. GREEN, A. (1973). *L'Enfant de ça. Psychanalyse d'un entretien: la psychose blanche*. Edt. Minuit.

¹⁸ LANDERO, L. (2001). “Tumbados y resucitados.” En VV.AA.: *Con otra mirada, una visión de la enfermedad desde la literatura y el humanismo*. Edt. Taurus, 2001.

un neurótico, ni un simple enfermo imaginario sino un hombre que un buen día opta por suspender su actividad social y se abandona espléndidamente a la inacción". Son persoas (como foi Onetti nos últimos anos da súa vida), que un día, repentinamente, métense na cama e xa non volven saír dela. O leito configúrase como un compendio do subversivo e da resistencia pasiva, esto é, o lugar ideal do home que ten dimitido da cidade e da república.

Tamén sabemos dos *Hikikomori*, mozos que, no Xapón, péchanse nos seus cuartos, durmen moitas horas levando unha vida inmóbil rodeados de tecnoloxía. Na modalidade de *Otaku* tamén hai un atrincheramento na habitación pero entregándose a algunha paixón que a sociedade califica como rara ou ridícula: maquetas, monecos, cómics...

O tempo psiquiatrizado ás veces delonga a renuncia nunha sucesión de consultas e intervencións que se cronifican cara ao tratamento de mantemento e á psicoterapia de apoio. Son suxeitos nos que están ausentes a demanda ou a queixa e que rematan por incorporar o confort da psiquiatría da nada ao seu pulo por renunciar á indentidade.

As psicoses en dimisión: a falla da procura dun sentido na sintomatoloxía chamada negativa ou deficitaria abandonou a unha orixe orgánica os cadros de apatías ou abulias que se observan con certa frecuencia nalgúns casos de psicoses. A renuncia a entender algúns replegamentos autistas como defensas deixa ao suxeito que dimitte de si mesmo inmerso nas dúas estratexias habituais de intervención. Os intentos de estimular algún tipo de actividade que, no caso de prosperar, pasará a ser unha rutina realizada con carácter mecánico. E ao mesmo tempo, procédese a elección de determinada elección neuroléptica confundindo efecto farmacolóxico e secundarismo, sedación con dimisión de si.

Ambas intervencións tenden a seren realizadas en dispositivos especializados que tenden a reproducir a temporalidade propia dun hospital psiquiátrico. A temporalidade institucional, como a da abadía ou a do convento, son lugares para desaparecer, refuxios onde o individuo non se debe a ninguén e deslízase dunha tarefa a outra. Tranquilizan e pacifican pero eximen de interpretación as renuncias da identidade conformando paisaxes amortiguadas nas que a existencia pode proseguir ao ralentí. O tempo psiquiátrico do deterioro acubilla esoutra temporalidade na que o suxeito prefere a paz da anestesia.

As dependencias da ausencia: os comas adolescentes por alcohol ou asfixia tenden a ser postos como algo pertencente a un acto de tipo impulsivo, a unha búsqueda de emocións intensas ou, directamente, calificadas como condutas de oposición fronte a autoridade social ou familiar. Porén, e como sinala Le Breton, semella ter mudado a experiencia das intoxicacións alcohólicas dende a pretérita búsqueda de emocións a unha máis actual procura da desaparición, a unha paixón polo síncope. Cita: “cando bebo, xa non teño que facer o esforzo de seguir loitando”. Está a falar de algunhas entradas na toxicomanía que non procuran o efecto dunha sustancia ou a deformación do vínculo nun tóxico e nunha comunidade de consumidores. A sustancia sería a balanza que permite seguir a vivir ao proveer a dose ínfima de morte necesaria para renunciar á molestia que supón a identidade. É unha clínica que, en definitiva, sinala impulsos, condutas ou dependencias onde se está a producir algo da orde da identidade.

A psiquiatría insiste (malia os fracasos) nunha temporalidade que busca reducir o tempo de actuación (as técnicas antiimpulsivas), revertir intoxicacións (os antidotos), controlar abstinencias (a redución progresiva da sustancia) e tratar o *craving*. O crónico xorde logo de repetidos fracasos, case sempre aludindo a un problema de carácter ou personalidade que, ao se farmacologizar, perpetúa en forma de alivio o desexo de desaparecer.

As actividades da disolución: existen toda una serie de inmersións sociais cuxos practicantes son interpretados como adeptos en risco de converterse en adictos. Etiquétanse como novas adicións xogos que levan a un individuo cara a un trance lixeiro que desliga da identidade ordinaria. O suxeito colócase nun fío onde en calquera intre pode perder o control e seren absorbido completamente pola acción.

Situar tales posicións no eido das adición supón falar do suxeito do pasatempo, do equívoco no ocio, do maluso do divertimento ao converterse en invasivo. A saúde mental propón unha temporalidade de horarios, de sentido común, de orden a algo que, pola contra, aproxímase máis á fuga e á disociación: os ludópatas que desaparecen unha fin de semana enteira, o adolescente que se da un atracón de videoxogos descoidando comida e sono. O diagnóstico do neoadictivo cae de cheo nunha etiquetaxe que reforza o exilio de sí mesmo.

O vagabundeo e senfogarismo: existen formas de vagabundeo que transforman en crónica unha fuga inicial. Na rúa, o suxeito é quen de desembarazarse do esforzo que impón calquera clase de figuración social derivada dunha orixe familiar e duns vínculos duradeiros. O espazo permite unha conxura do tempo, da angustia do devenir, da súa irreversibilidade, da obriga que lle impón ao suxeito seren proxecto. Os vínculos ceden a unha caducidade de compartir lugar e así suprimen esoutros vínculos fundamentados na temporalidade, no vivido, na experiencia conxunta.

A saúde mental oferta un tempo de portas xiratorias onde o espazo convértese nunha sucesión de dispositivos que reproduce o vínculo precario da rúa, sen continuidade e sen proxecto algún. Doutra banda, en ocasións establece un tempo de programas onde o suxeito camiña por espazos distintos entendidos en termos de progreso: rúa, albergue, pensión, piso... que tratan de revertir o descenso, a caída do doente sen albiscar o central do identitario que supón a rúa.

As desmemorias: nalgúns suxeitos observamos unha discontinuidade no devenir biográfico que quebra calquera posibilidade de construír un relato enfiado, unha novela da vida. O seu discurso sobre sí é un conxunto de narracións breves nas que creban os intermedios, as continuidades, os cambios de plano. Son temporalidades fragmentarias nas que, os intentos de reconstrución, conducen a unha particular falla da memoria. Ás veces, desaparece o contexto, as datas, a relación con outros acontecementos da mesma época, nunha alteración que afecta aos aspectos formais do narrar. Noutras, todo é anécdota, un paréntese que se abre e que se pecha deixando un contido no medio que está illado. Manteñen unha correspondencia cos cambios na narración médica onde, fronte a patobiografía do papel, asistimos á dictadura do tempo do episodio actual, das carpetas dos diferentes servizos que, como ventás indiscretas, chaman ao voyeurismo do detalle e da analítica desbotando a miraba global.

O tempo do oficio: configúrase un saber determinado pola pretensión de ciencia naquilo que non pode ser abordado por ela: o experiencial, a lectura crítica, a tertulia a reflexión, a dúbida, a curiosidade dilúense nas horas de formación, o factor de impacto, o artigo de revista, a metanálise, o abstract. Fronte a estrutura de saber do gremio opónse o gremial somente en canto

cuestión de poder. Aprendices, oficiais e mestres bórranse do imaxinario identitario da profesión até conformar unha caste na que a inseguridade ou a angustia fronte ao complexo do traballo é depositado en dúas certezaas: a científica e a xerárquica.

A relación médico doente constrúese ao través dun vínculo no que se impoñen dúas temporalidades: a farmacolóxica e a burocrática. A farmacoloxía introduce, inevitábelmente, unha temporalidade de aparencia aséptica que deriva de propiedades cinéticas e dinámicas pero que modifica esoutro tempo narrativo propio do suxeito. Estou a falar, por exemplo, dos insomnios e os hipnóticos medidos por horas e periodos, das benzodiazepinas sublinguais que erradican a angustia coma se dunha anxina de peito se tratara, dos depot que remedan ás vacunas, dos antidepressivos que obrigan a unha cita a partir de dúas semanas xa que é cando fan efecto, das pautas ao almorzo, á comida é á cea que entran no simbolismo no nutrientes, dos acufase, os maitena, os flash, os velotab... e os trimestrais como as avaliacións nos colexios.

A burocracia fala dun tempo de primeiras e revisións, de citas e axendas, de estancias medias, de agudo e de crónico, dun tempo de primaria e dun tempo de especializada. O suxeito da rede asistencial esmorece fronte a esoutro suxeito do proceso asistencial. O primeiro entende a atención como algo con vocación de permanencia, coa flexibilidade para configurar os nodos da rede en función das necesidades, das cuestións relativas á orde do coidado. O segundo implica entradas e saídas, como un conxunto definido de intervencións, distingue o agudo do crónico, pertencente á orde do tratamento.

Os aluados disentían do tempo do sentido común que determinaba a lúa. As estacións fragmentaron o tempo ata permitir aos tolos que tiveran tolemias parciais, dende o maníaco-depresivo até a monomanía. O tempo da auga puxo por fóra da norma aos tolos que invadían o discurso alleo. O tempo das campás foi o tempo do rito, do obsesivo e da culpa. O tempo do reloxo foi o tempo do conflito, da supremacía do acordo e a ditadura do común. O tempo dixital rematou por deixar ao tolo a soas co seu tempo, coa obriga de ser e dotarse dunha identidade, malia as súas dificultades.

E ás veces, como os psiquiatras, tamén dimiten.

El tiempo de la psicosis ordinaria

Manuel Fernández Blanco. Psicólogo clínico
Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña
Psicoanalista ELP

Correspondencia: mafeba@arrakis.es

UNA BREVE RESEÑA HISTÓRICA DE LA PSICOSIS ORDINARIA

No encontrarán un apartado sobre la psicosis ordinaria (que tal vez deberíamos traducir como psicosis común) en las clasificaciones actuales de los trastornos mentales, ni tampoco en las grandes obras de la psicopatología clásica. La psicosis ordinaria es una invención de Jacques-Alain Miller a partir del trabajo de investigación desarrollado en tres encuentros de las secciones clínicas francófonas que forman parte del Instituto del Campo Freudiano. La primera de estas conversaciones tuvo lugar en Angers el 6 y 7 de julio de 1996 bajo el título de *El conciliábulo de Angers* (cuyo tema fue “Efectos de sorpresa en la clínica de las psicosis”). La segunda cita de la serie fue *La conversación de Arcachon* (bajo el tema “Casos raros: los inclasificables de la clínica”), que se desarrolló el 5 de julio de 1997. El tercer encuentro fue *La convención de Antibes* que tuvo lugar el 19 y 20 de septiembre de 1998 y que ya llevó por título “La psicosis ordinaria”. Los textos y casos preparatorios de estos encuentros, y los debates, están publicados en castellano. Los dos primeros encuentros están recogidos en un solo volumen titulado *Los inclasificables de la clínica psicoanalítica*¹. El tercero está publicado con el título de *La psicosis ordinaria*².

¹ MILLER, JACQUES-ALAIN Y OTROS: *Los inclasificables de la clínica psicoanalítica*. Buenos Aires, Instituto Clínico de Buenos Aires / Paidós, 1999.

² MILLER, JACQUES-ALAIN Y OTROS: *La psicosis ordinaria*. Buenos Aires, Instituto Clínico de Buenos Aires / Paidós, 2003.

Si quiero responder al título que he dado, “El tiempo de la psicosis ordinaria”, puedo comenzar por esta dimensión del tiempo: el de la producción del sintagma. Tenemos tres escansiones: se comienza por aislar sorpresas, se pasa a los casos raros (los inclasificables), para concluir que los casos raros son muy frecuentes. La noción de psicosis ordinaria tuvo un gran éxito, al menos entre los psicoanalistas del Campo Freudiano. Nuestro querido colega y amigo José María Álvarez acaba de publicar un artículo de imprescindible lectura, en la revista *Freudiana*, que lleva por título “Sobre las formas normalizadas de la locura. Un apunte”. Lo comienza así: “Pocas conmociones tan intensas se recuerdan en nuestro pequeño mundo como la suscitada por la psicosis ordinaria. Aunque Jacques-Alain Miller su promotor, la introdujera prudentemente como un programa de investigación, dicha noción fue acogida con un ardor inusual. Dos décadas después, aquellos ecos no han dejado de resonar y da la impresión de que la onda sigue en expansión”³. Podemos corroborar que efectivamente sigue en expansión, como lo demuestra que el próximo Congreso de la Asociación Mundial de Psicoanálisis, que se celebrará en Barcelona en abril de 2018, lleve por título “Las psicosis ordinarias y las otras, bajo transferencia”.

Tal vez ese ardor que menciona José María Álvarez fue el que llevó a Jacques-Alain Miller a precisar la expresión “psicosis ordinaria” diez años después de su formulación. Así, en julio de 2008, realiza una intervención que ha sido publicada con el título de “Efecto retorno sobre la psicosis ordinaria”. Al inicio de ese texto podemos leer: “[...] la psicosis ordinaria no tiene una definición estricta. Todo el mundo es alentado a dar su opinión y su definición de la psicosis ordinaria. No he inventado un concepto con la psicosis ordinaria. He inventado una palabra, he inventado una expresión, he inventado un significante, al dar un apunte de definición para atraer a los diferentes sentidos, los diferentes reflejos de sentido alrededor de este significante. He apostado que este significante podía provocar un eco en el clínico, el profesional. Lo que he querido es que cobre cada vez más importancia y ver hasta dónde podía llegar esta expresión. [...] Si intentamos dar una definición será pues una definición *après-coup*”⁴.

³ ÁLVAREZ, JOSÉ MARÍA: “Sobre las formas normalizadas de la locura. Un apunte”, en *Freudiana* n° 76, 2016, p. 77.

⁴ MILLER, JACQUES-ALAIN: “Efecto retorno sobre la psicosis ordinaria”, en *Freudiana* n° 58, 2010, p. 77.

He comenzado por describir el tiempo cronológico, las escansiones, que dieron lugar a la producción de la noción de psicosis ordinaria para, a partir de aquí, introducir otras dimensiones del tiempo de las psicosis. Una de estas dimensiones es la del tiempo concebido según la perspectiva continua o discontinua de los cuadros psicopatológicos. Otra de las dimensiones del tiempo es la más general: es el tiempo entendido como el momento de la civilización, las claves de la época y su incidencia en la psicopatología, que nos abre a la pregunta: ¿es ahora la psicosis más frecuente? Pero antes es necesario situar la fenomenología clínica que caracteriza a la psicosis ordinaria y su especificidad nosológica y estructural.

FORMALIZACIÓN DE LAS PSICOSIS ORDINARIAS

A la hora de intentar precisar a qué puede responder la categoría de psicosis ordinaria, tenemos que partir de las preguntas más básicas. Por ejemplo, ¿cómo encuadraríamos a un sujeto que ha desencadenado una psicosis antes del desencadenamiento? ¿Era un neurótico? ¿Era normal? En una perspectiva discontinua, como la que representan las estructuras clínicas freudianas, no nos quedaría otra posibilidad que pensarlo como psicótico, con los matices que se quieran añadir (como podría ser el de que se trataba de una psicosis no desencadenada o de una psicosis latente).

Pero, ¿y aquellos que no se desencadenan nunca? Desde una perspectiva estructural (lacaniana) solo quedaría pensar que han tenido la fortuna de que ninguna contingencia vital los habría confrontado a la particularidad que reviste para ese sujeto la forclusión del nombre del padre. Pensando en estos términos, la referencia fundamental es el escrito canónico de Lacan sobre la psicosis, publicado en 1959, con el título “De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis” y en el que condensa los desarrollos de parte de su seminario sobre *Las Psicosis*, del curso 1955-56. En este escrito, Lacan afirma lo siguiente: “Tratamos de concebir ahora una circunstancia de la posición subjetiva en que, al llamado del Nombre-del-Padre responda, no la ausencia del padre real, pues esta ausencia es más que compatible con la presencia del significante, sino la carencia del significante mismo [...]. En el punto donde, ya veremos cómo, es llamado el Nombre-del-Padre, puede

pues responder en el Otro un puro y simple agujero, el cual por la carencia del efecto metafórico provocará un agujero correspondiente en el lugar de la significación fálica. Es la única forma en que nos es posible concebir aquello cuyo desenlace nos presenta Schreber como el de un daño que no está capacitado para develar sino en parte y en el que nos dice, con los nombres de Flechsing y Schreber, el término “asesinato de almas” (*Seelenmord*: S. 22-II) desempeña un papel esencial. Está claro que se trata aquí de un desorden provocado en la juntura más íntima de sentimiento de la vida en el sujeto”⁵.

Las clasificaciones basadas en la discontinuidad, en las estructuras, plantean problemas actualmente al clínico. Todos nos encontramos con casos de difícil clasificación que están al origen del éxito de categorías como los *borderline* o los trastornos límite. El propio Lacan se refería ya a lo que denominaba “fenómenos de franja” y estados “prepsicóticos”.

La clínica de las psicosis admite una temporalidad que no es sola la de la sincronía (gobernada por el desencadenamiento y su coyuntura particular) que está presente en las psicosis extraordinarias. También debemos contemplar la temporalidad diacrónica en aquellos casos donde no encontramos un momento claro de ruptura.

Esto nos lleva de una clínica discontinuista (que permite fundar clases) a otra que posibilita la última enseñanza de Lacan a partir de los desarrollos de sus seminarios *RSI* y *El sinthome*.

Muchos casos clínicos, y sus posibilidades de tratamiento, se aclaran mejor preguntándonos que permite anudar los registros de lo real, lo simbólico y lo imaginario. Es una clínica basada en localizar lo que sirve de enganche al Otro y, también, lo que le desengancha. Esto permite, al mismo tiempo, enfocar la dirección de la cura hacia un posible reenganche. En la última enseñanza de Lacan no existe una jerarquía entre los registros Real, Simbólico e Imaginario, de modo que un defecto en uno de los tres registros puede ser suplido por la prevalencia de otro. Por ejemplo, una identificación imaginaria puede permitirle a un sujeto un armazón de sostén frente

⁵ LACAN, JACQUES: “De una cuestión preliminar a todo tratamiento psicoanalítico de la psicosis”, en *Escritos* 2 (décima edición). México, Siglo XXI editores, 1984, pp. 539-540.

al fracaso, o el agujero, en lo simbólico.

Como mencionaba al principio, diez años después de formular la noción de psicosis ordinaria, Jacques-Alain Miller vuelve sobre ella en su intervención titulada “Efecto retorno sobre la psicosis ordinaria”. Este texto, que seguiré a continuación, resitúa las coordenadas de esta categoría clínica. Miller sitúa la invención de este sintagma como un intento de esquivar la rigidez de la clínica binaria (neurosis o psicosis) que planteaba en muchos casos dificultades diagnósticas a los clínicos. Pero, y es algo fundamental, Miller aclara que, si bien la psicosis ordinaria es una manera de introducir el tercero excluido por la rigidez binaria, debemos introducirla en el campo de las psicosis.

La neurosis es una estructura muy precisa, si durante mucho tiempo (incluso años) no encontramos elementos evidentes para reconocerla claramente en un paciente, deberíamos pensar en la posibilidad de una psicosis velada que debería poder deducirse de pequeños indicios, de signos discretos. Una neurosis es una formación estable, que se organiza por medio de la constancia en la repetición. Si no encontramos esto, debemos buscar los signos discretos de “desorden en la juntura más íntima del sentimiento de la vida en el sujeto”. Miller, en este punto, precisa lo siguiente: “El desorden se sitúa en la forma en la que se siente el mundo que nos rodea, en la forma que se siente el cuerpo y en la forma de referirse a nuestras propias ideas. Pero, ¿qué desorden es este, ya que los neuróticos también lo sienten? Un sujeto histérico siente este desorden en la relación con su cuerpo, un sujeto obsesivo siente un desorden con respecto a sus ideas. ¿Cuál es, pues, este desorden que llega a la juntura más íntima del sentimiento de la vida en el sujeto? Es muy difícil formularlo”⁶.

Miller propone reconocer ese desorden en base a una triple externalidad: una externalidad social, una externalidad corporal y una externalidad subjetiva.

Respecto a la externalidad social, la pregunta es por la función de la identificación social que nos da un lugar bajo el sol (una identificación profesional, por ejemplo). Miller precisa que “El más claro indicio se encuentra en la relación negativa que el sujeto tiene con su identificación social.

⁶ MILLER, JACQUES-ALAIN: “Efecto retorno sobre la psicosis ordinaria”, p. 17.

Cuando hay que admitir que el sujeto es incapaz de conquistar su lugar al sol, asumir su función social. Cuando se observa un desamparo misterioso, una impotencia en la relación con esta función. Cuando el sujeto no se ajusta, no en el sentido de la rebelión histérica o de la manera autónoma del obsesivo, sino cuando existe una especie de foso que constituye de forma misteriosa una barrera invisible. Cuando se observa lo que yo llamo una desconexión, una desunión⁷. Este foso, esta barrera invisible, de la que habla Miller, la constatamos con frecuencia en la clínica. Un ejemplo puede ser el del joven estudiante que, tras un desempeño académico normal o incluso brillante, no puede de un modo abrupto y repentino continuar con sus estudios.

La dificultad con la identificación social puede ser un signo de psicosis ordinaria, pero también una identificación demasiado intensa a la posición social, a la profesión por ejemplo. En estos casos, la pérdida puede desencadenar la psicosis porque ese lugar social hacía las veces del Nombre-del-Padre que no hay.

La segunda externalidad que establece Miller es la externalidad corporal. Lacan afirma que “No *somos* un cuerpo, sino que *tenemos* un cuerpo”. Esto sitúa al cuerpo como Otro para el sujeto. Es algo que percibimos de modo claro en la histeria, donde “el cuerpo hace lo que quiere”. También, en el cuerpo masculino, una parte no siempre obedece. Pero, a diferencia de lo que ocurre en las neurosis, Miller señala que “En la psicosis ordinaria hay que tener algo más, un desajuste. El desorden más íntimo es una brecha en la que el cuerpo se deshace y donde el sujeto es inducido a inventarse vínculos artificiales para apropiarse de nuevo de su cuerpo, para “estrechar” su cuerpo contra el mismo. Para decirlo en términos de mecánica, necesita una abrazadera para aguantar con su cuerpo⁸. En la histeria los fenómenos corporales están limitados por la castración y los límites que la neurosis impone: “A pesar de la rebeldía y del desasosiego, la histeria está siempre sometida a la presión, mientras que se siente el infinito en la falla presente en la relación del psicótico ordinario con su cuerpo⁹”.

⁷ *Ibid.*, p. 18.

⁸ *Ibid.*, p. 19.

⁹ *Ibid.*, p. 20.

La tercera externalidad que sitúa Miller es la subjetiva. Cuando se trata de la dimensión del Otro subjetivo, “La mayoría de las veces esto lo encontramos en la experiencia del vacío, de la vacuidad, de lo vago, en el psicótico ordinario. Podemos encontrarlo en diferentes casos de neurosis, pero en la psicosis ordinaria se busca un indicio del vacío o de lo vago de una naturaleza no dialéctica. Existe una fijeza especial de este indicio. [...] También debemos buscar la fijación de la identificación con el objeto *a* como deshecho. La identificación no es simbólica, sino muy real, porque no utiliza la metáfora. [...] Digo que es una identificación real ya que el sujeto va en la misma dirección a realizar el desecho en su persona”¹⁰. Otra dimensión de la externalidad subjetiva es que, en las psicosis ordinarias, “las identificaciones se construyen con un batiburrillo”¹¹, no son identificaciones que tienen un centro sólido y claro.

Estas tres externalidades (aunque Miller apunta que cabría precisar una cuarta: la externalidad sexual), nos permiten un marco donde encuadrar las particularidades de la psicosis ordinaria. Los detalles clínicos remiten a un desorden central. A diferencia de los casos llamados *borderline*, no se plantea que se trate de sujetos que no son ni psicóticos ni neuróticos. La psicosis ordinaria es una clínica de los pequeños indicios de la forclusión, es una clínica de la psicosis por lo tanto. Tampoco es reductible a la categoría de psicosis no desencadenada, que se sitúa en el horizonte temporal de un posible desencadenamiento. Siguiendo a Miller, “[...] el paso siguiente es comprender que algunas psicosis no llevan a un desencadenamiento: son psicosis, con un desorden en la juntura más íntima, que evolucionan sin hacer ruido, sin explosionar, pero con un agujero, una desviación o una desconexión que se perpetúa”¹².

FENOMENOLOGÍA CLÍNICA DE LAS PSICOSIS ORDINARIAS

Muchos colegas del Campo Freudiano han contribuido a precisar los signos sutiles, discretos, que nos ayudan a tomar en cuenta la posibilidad de encon-

¹⁰ *Ibid.*

¹¹ *Ibid.*, p. 21.

¹² *Ibid.*, p. 26.

trarnos ante un caso de psicosis ordinaria. Es el caso, por ejemplo, de François Ansermet quien en su artículo “Paradojas de los signos discretos en la psicosis ordinaria”¹³, nos advierte de que “[...] No reconocer al psicótico y dirigirse a él como si no lo fuera, puede empujarlo hacia el extremo de su impasse, conducirlo a actuarlo, al pasaje al acto”¹⁴. La clínica de la psicosis ordinaria se presenta bajo la forma de pequeños indicios que pueden pasar inadvertidos. Ansermet señala los siguientes: “[...] Puede tratarse de extravagancias, de un manejo particular del lenguaje, de disturbios del pensamiento, de ataques de angustia no reconocidos como tales, que surgen como acontecimientos del cuerpo. El sujeto puede también encontrarse socialmente desinsertado, con obstáculos en las relaciones, un brusco rechazo al otro, sin premisas, sin historia, desconectado del tiempo de los otros –toda clase de desarreglos que surgen sin que lo hayamos visto venir”¹⁵. Ansermet aclara que debemos distinguir el signo discreto de la solución que engendra precisamente porque “[...] El signo puede volverse discreto debido a la solución puesta en juego. Del mismo modo que podría decirse que hay signos discretos que no detectamos. Y hay soluciones que resisten y soluciones que no resisten”¹⁶.

Especialmente esclarecedoras, sobre la clínica de las psicosis ordinarias, me parecen las aportaciones que hace Gustavo Dessal en una entrevista sobre “Continuidad y discontinuidad en las psicosis ordinarias” con motivo de la preparación de la Conversación Clínica del Instituto del Campo Freudiano, realizada el 23 y 24 de Febrero de 2008 en Barcelona, con el título de “Precariedad del vínculo social en las psicosis ordinarias”. Gustavo Dessal precisa diferentes fenómenos clínicos que deben ser tomados en cuenta para pensar un posible diagnóstico de psicosis ordinaria. Enumera los siguientes: “[...] se trata de sujetos que suelen carecer de discurso en lo que se refiere a su historia. Se apoyan en un limitado ramillete de frases más o menos coaguladas en su significación para referirse a su pasado y a las circunstancias relevantes, pero en las que se destaca muchas veces con gran nitidez la ausencia

¹³ ANSERMET, FRANÇOIS: “Paradojas de los signos discretos en la psicosis ordinaria”, accesible en <http://www.psicocoanalisisinedito.com/2016/09/francois-ansermet-paradojas-de-los.html>

¹⁴ *Ibid.*

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ *Ibid.*

de implicación subjetiva. [...] es frecuente que se trate de personas cuya vida sexual es o bien inexistente, o que muestran signos a veces sutiles y otros más marcados de una relación lábil con la identidad sexual. Las dificultades en el lazo social suelen ser también manifiestas, aunque también nos encontramos con muchas excepciones en este plano, especialmente en aquellos sujetos que son exitosos en alguna actividad profesional, artística o comercial. Pero incluso en estos casos percibimos que con frecuencia el vínculo social está atravesado en distintos grados por signos de agresividad, desconfianza paranoide, o pasajes al acto generalmente discretos, pero que muestran puntos de forclusión inequívocos. Otro aspecto interesante, es el hecho de que muchos sujetos a los que consideramos psicóticos ordinarios suelen manifestar de forma espontánea una extraordinaria tendencia a recrear en su discurso una novela “edípica” poco filtrada por la censura. [...] Resulta interesante el hecho de que un “Edipo” en apariencia florido y consistente pueda cumplir una función de suplencia del Nombre-del-Padre, en el sentido más elemental de servir al abrochamiento de la significación. [...] me refiero en estos otros casos a una construcción de artificio, diría casi una suerte de metáfora delirante”¹⁷. Gustavo Dessal añade: “Las psicosis ordinarias, como cualquier otra entidad clínica, presentan muy distintas fenomenologías. Desde el exceso de normalidad, hasta la apariencia de una neurosis caracteropática grave. En cualquier caso, nunca falta el núcleo delirante, evidentemente encapsulado, apenas un atisbo de ideación que el paciente confiesa de forma subrepticia, o que mantiene a resguardo mediante circunloquios o elipsis del discurso. También podemos añadir que en ocasiones se aprecia una fijeza muy particular en la significación, son aquellos casos en los que el paciente es capaz de mantener un discurso fabricado a partir de sintagmas que ha ido seleccionando aquí y allá, que suplen su imposibilidad de metaforizar lo real, pero que le sirven como una forma de nominación. Lo advertimos en el uso constante de tópicos, refranes, frases hechas, giros retóricos, citas, incluso chistes, que conforman una suerte de “ideología” verbal que el paciente repite para encuadrar el vacío de la enunciación”¹⁸.

¹⁷ DESSAL, GUSTAVO: “Continuidad y discontinuidad en las psicosis ordinarias. Tres preguntas a Gustavo Dessal”, en *Nodus. L'Aperiòdic Virtual de la Secció Clínica de Barcelona*, accesible en <http://www.scb-icf.net/nodus/contingut/article.php?art=274&rev=37&pub=1>

¹⁸ *Ibid.*

Encontramos, en la descripción de Gustavo Dessel, indicaciones claras para orientarnos en la fenomenología de las psicosis ordinarias. Me parece especialmente interesante la apreciación (que he corroborado en mi propia experiencia clínica) de como la referencia literal al complejo de Edipo suele ser un signo de su inexistencia ya que, en el neurótico, el Edipo se deduce, se lee entre líneas, pero no se enuncia como tal.

Igualmente, la dificultad incomprensible para realizar tareas o actividades, supuestamente al alcance de la capacidad del sujeto, y que con frecuencia desempeñaba con normalidad en el pasado, puede ser el signo de una ruptura psicótica no evidente. Sirva como ejemplo la imposibilidad absoluta, y no dialectizable, de acudir a clase de algunos adolescentes con un desempeño escolar previo normal.

La relación al lenguaje también está alterada. A menudo hablan a partir de refranes, o lugares comunes, que recubren el vacío de una enunciación propia. También podemos observar, como ha señalado Éric Laurent, un “uso casi neológico de palabras comunes”¹⁹.

Es posible que la psicosis sea más frecuente de lo que pensamos. Considero que estoy hablando de una clínica que, al menos en su expresión formal, podemos reconocer todos, y cuyas manifestaciones no responden a la lógica de los síntomas neuróticos. En este punto, se impone una pregunta: ¿la psicosis es más frecuente en el momento actual de la civilización? Y si es así, ¿a qué podría deberse este incremento de casos que no podemos encuadrar en la neurosis, pero tampoco presentan los síntomas que definen clásicamente a los trastornos psicóticos, como son los delirios o las alucinaciones?

CIVILIZACIÓN, DISCURSO Y PSICOSIS

Como he mencionado antes, la psicosis ordinaria es una psicosis y, por lo tanto, podríamos pensar que debería poder ser reductible de algún modo a las categorías clásicas de la psicosis. En las psicosis ordinarias los signos no son espectaculares, son discretos. Tampoco los déficits son espectacu-

¹⁹ LAURENT, ÉRIC: “La interpretación ordinaria”, en *Freudiana* n° 76, 2016, p. 151..

lares. Por esto podemos hablar en estos casos de la locura normalizada tal como lo denomina José María Álvarez. Desde su perspectiva, la locura normalizada describe un conjunto de psicosis en las que las manifestaciones son discretas pero que deben contemplarse como formas achicadas, subclínicas o atenuadas, de paranoia, esquizofrenia o melancolía-excitación. José María Álvarez destaca que “con la psicosis *enloquecida*, la *normalizada* comparte las experiencias genuinas que la identifican como psicosis o locura y la separan de la neurosis. Se trata de experiencias que se caracterizan, en lo tocante al saber y la verdad, por la certeza, la revelación y el rigor; en lo que atañe a las relaciones con los otros, por la autoreferencia, la extrañeza, la intrusión xenopática, la soledad por excelencia y el perjuicio; en cuanto a la satisfacción, el placer y el goce, por la plenitud, el exceso y la intensidad insoportable; con respecto al cuerpo, por la fragmentación y la desunión. Esta dimensión de la experiencia a la que llamamos locura la comparten sujetos muy distintos en cuanto a la gravedad clínica que presentan, pues unos están completamente trastornados y otros permanecen bastante equilibrados, unos ya han enloquecido y otros insinúan una locura aún en ciernes”²⁰. Para José María Álvarez la gravedad, o la adecuación a la realidad común, no es lo determinante para el diagnóstico de psicosis sino compartir experiencias genuinas como las referidas.

Podríamos pensar que simplemente lo que llamamos psicosis ordinaria son formas de presentación de cuadros ya conocidos. Como ha señalado Pierre-Gilles Guéguen²¹, Kraepelin no creía en la paranoia abortiva. Creía que en todos los casos de paranoia se acababa desarrollando un delirio pleno. Frente a Kraepelin, Kretschmer, ya en 1918, postuló el síndrome que denominó “paranoia sensitiva” donde el Otro persecutorio no está claramente definido y se puede reducir, fundamentalmente, a la sensación de ser observado constantemente.

No es descartable, por lo tanto, que algunos casos que pensamos como psicosis ordinaria encajaran en el diagnóstico de “paranoia sensitiva”, por

²⁰ ÁLVAREZ, JOSÉ MARÍA: “Sobre las formas normalizadas de la locura. Un apunte”, pp. 83-84.

²¹ GUÉGUEN, PIERRE-GILLES: “¿Quién está loco y quién no? Sobre el diagnóstico diferencial en Psicoanálisis”, en *Freudiana* n° 76, 2016, p. 115.

ejemplo. No deja de ser un hecho que los psicóticos ordinarios son psicóticos que se confunden con lo común, mientras los extraordinarios siempre son excepcionales. Es algo constatable en la clínica: el sujeto de la persecución, el del delirio mesiánico o el de la erotomanía, no se piensan a sí mismos en el registro de lo común sino en el registro de la excepción.

Mari-Hélène Brousse, en un artículo titulado “La psicosis ordinaria a la luz de la teoría lacaniana de discurso”²², sostiene que el campo de las psicosis parece desarrollarse y modificarse en la actualidad. Lo relaciona con que el declive de la función paterna, del poder del Nombre-del-Padre, va acompañado de la pluralización de su función. Así, sí en las psicosis extraordinarias (de las que el caso Schreber sería un paradigma), el sujeto tiene que encarnar la excepción que falta (Schreber tiene que encarnar la mujer que le falta a Dios), “[...] En la psicosis ordinaria los pacientes no se dedican a encarnar ellos mismos la función de la excepción que falta en la organización simbólica. “Ordinaria” en la psicosis ordinaria significa pues no excepcional, común, banal, como en la expresión la banalidad del mal de Hanna Arendt”²³.

Al lugar de la evaporación del padre vienen las normas sociales. Ante el declive de la Ley proliferan las normas, el sentido común (ordinario). Por eso, dice Marie-Hélène Brousse, “Cuando hablamos de psicosis ordinaria se trata de comportamiento supersocial, de sumisión absoluta, metonímica sin duda y no metafórica, a los usos comunes, a la banalidad tal como se define por la mediana de la curva. Las estadísticas no se contemplan ya dentro de marco de la probabilidad, sino con valor de certeza”²⁴. Marie-Hélène Brousse retoma la proposición de Lacan “Estar loco ya no es un privilegio” para relacionarla con la función de la excepción: “La psicosis ordinaria parece retorcerle el cuello a la psicosis, ser la adaptación de la psicosis a la época en que el Padre, la excepción, ha sido reemplazado por el número. ¿Es la psicosis del número y no del nombre?”²⁵.

²² BROUSSE, MARIE-HÉLÈNE: “La psicosis ordinaria a la luz de la teoría lacaniana de discurso”, en *Freudiana* n° 76, 2016, pp. 99-112.

²³ *Ibid.*, p. 104.

²⁴ *Ibid.*, p. 107.

²⁵ *Ibid.*, p. 108.

La precariedad simbólica que caracteriza a nuestra época tiene efectos en la clínica. Tal vez esté justificado pensar que, en la época del número, la tendencia sea hacia la norma, hacia lo normal. Pero, como ha expresado nuestro colega Vicente Palomera, cuando se habla de lo normal, por ejemplo de una persona normal, hay algo del vacío²⁶. La clínica que viene puede ser, en gran medida, una clínica del vacío. Vacío ya presente en las formas ordinarias de la locura.

²⁶ PALOMERA, VICENTE: *Las psicosis ordinarias: sus orígenes, su presente y su futuro*. Granada, Editorial Universidad de Granada, 2011, p. 43.

Decisiones judiciales y salud mental: ¿quién decide?

Luis Seguí Sentagne. Abogado. Psicoanalista ELP

Correspondencia: lexsegui@yahoo.es

El 8 de octubre de 2011, aproximadamente un mes después de que su esposa, Ruth Ortiz, le comunicara su intención de divorciarse y quedarse con la guardia y custodia de sus dos hijos, José Bretón asesinó a los niños, de seis y dos años. Los sedó y a continuación los incineró en una hoguera que alcanzó los 1.200 grados de temperatura, con la obvia intención de borrar las huellas de unos crímenes cuidadosamente premeditados, cuya motivación aparente era el despecho y el deseo de vengarse de la mujer en la persona de los hijos. La sentencia pronunciada por la Audiencia Provincial de Córdoba, de conformidad con el veredicto del jurado, condenó a Bretón a 40 años de prisión por dos asesinatos agravados por el parentesco, reseñando que el resultado de la prueba pericial sobre el estado mental del acusado permitía descartar una patología mental que afectara a su imputabilidad, aunque dichas pruebas constataron los “rasgos obsesivos, la excesiva sensibilidad a contratiempos y desaires, la incapacidad para perdonar agravios, su predisposición a rencores persistentes y su carácter celoso, acaparador, dependiente, controlador y rígido”. El médico forense y la psicóloga que examinaron a José Bretón le sometieron a diversas pruebas –encefalograma y escáner cerebral (TAC) incluidos, así como entrevistas y pruebas proyectivas– concluyeron que no padecía ningún trastorno mental ni una alteración grave de su personalidad; el informe de la psicóloga describe “una personalidad marcada por una fuerte afirmación del yo (narcisismo, autoritarismo, agresividad, individualismo, terquedad, obstinación)... sensible a las críticas,

no olvida una ofensa o agravio... adopta una actitud defensiva, ocultando sus posibles defectos y mostrando sólo una parte de sí mismo (la que le interesa para sus fines en ese momento)". Como quiera que los únicos profesionales *psi* que examinaron a Bretón fueron el médico forense y la psicóloga, y ambos desecharon la presencia de un trastorno mental, y el abogado que le defendía no alegó como eximente –o siquiera como atenuante– de sus actos lo que el Código Penal describe como una anomalía o alteración psíquica, o un trastorno mental transitorio, el jurado no tuvo ocasión de pronunciarse acerca de una posible ausencia o limitación de la responsabilidad criminal.

Sostener que no hay ningún trastorno mental en un sujeto que planeó y ejecutó el asesinato de sus dos hijos con la meticulosidad alevosa con la que actuó Bretón, resulta chocante incluso para el sentido común. Tanto los peritos forenses que examinaron al asesino como otros especialistas que han estudiado el caso percibieron en José Bretón rasgos propios de una psicopatía, una categoría que, aunque ajena a las estructuras clásicas del psicoanálisis, resulta interesante visitar a tenor de la insistencia con la que el concepto aparece en la terminología *psi* y en la jurisprudencia. Si bien no está probada la existencia de una ideación delirante o de alucinaciones en este sujeto, y –como era previsible– ni el encefalograma ni el escáner cerebral mostraron anomalías psíquicas, los rasgos psicopáticos son perfectamente compatibles con una estructura psicótica en la que se aprecian tres modalidades de la paranoia: la manía persecutoria, los celos y la megalomanía. Las tendencias biologizantes en criminología orientan sus investigaciones hacia posibles lesiones neurológicas en el córtex frontal o en disfunciones en la amígdala para explicar el origen del trastorno mental, con el fin de intentar responder al interrogante de por qué ciertos sujetos protagonizan lo que en psicoanálisis se denomina *pasajes al acto*. Acerca de los casos criminales llevados a cabo por sujetos definidos como psicópatas, Èric Laurent ha señalado que “en la dimensión de otro real, el real sin ley, el psicópata, por su acción loca, no regulada, repetitiva, fuera del sentido, intratable, nos recuerda la presencia de un mundo primordial anterior a la prohibición (...) el psicópata actúa de tal modo que ignora la prohibición y la dialéctica que le vincula a la transgresión. Se trataría de observar hasta qué punto, para el psicópata, no funciona esa prohibición que al resto de

los sujetos les protege del goce y de la angustia”. De hecho, la afirmación de que el psicópata actúa en la dimensión del *otro real*, *sin ley*, y que su acción es loca, no regulada y fuera de sentido, remite a una sintomatología psicótica, dado que el psicótico carece de ley, mientras que el psicópata no necesariamente la ignora sino que simplemente la desprecia y se la salta, en un desafío consciente al orden jurídico y moral establecidos. La psicóloga que le entrevistó en varias sesiones caracterizó a José Bretón como “una personalidad marcada por una fuerte afirmación del yo”, una sobreestimación de su propia persona y de los supuestos méritos que él mismo se atribuye y que está más allá del simple narcisismo. Este perfil está presente en muchos sujetos que sin ser locos podrían incardinarse en lo que Clemens Neisser definió como *autorreferencia mórbida*, un fenómeno elemental caracterizado por “una experiencia de una certeza en la que el sujeto se siente aludido o designado por algo que no alcanza aún a precisar; es un mensaje enigmático dirigido a su persona”, como ha señalado José M^a Álvarez, y que de algún modo preanuncia la psicosis.

Jacques Lacan inventó el neologismo *hainamouration* –odioenamora- miento– para designar el punto a partir del cual el amor se transforma en odio, una situación que puede advenir cuando una herida narcisista agujerea al sujeto hasta un límite que se le hace insoportable, y ante el cual el daño e incluso la destrucción del objeto libidinizado le resulta indiferente. En *El secreto de Bretón* –un libro de los psicólogos y criminólogos Vicente Garrido y Patricia López– los autores, aunque participan del diagnóstico de psicopatía del asesino, deslizan una interesante y plausible hipótesis acerca de este sujeto y de la motivación profunda que podría hallarse en el pasaje al acto criminal, más allá de la venganza contra su mujer en la persona de los hijos, cuando sostienen que, en realidad, el fin último perseguido por José Bretón era “literalmente no volverse loco, no soportar el dolor de verse excluido de su lugar preferente, reclamar para sí la autoridad sobre la familia que él había construido”. Así, los rituales maníacos y la fobia manifestada por el sujeto no serían sino una defensa contra la angustia, percibida por él como una amenaza al ideal que se había construido en su cabeza, y el fracaso de esa defensa habría operado –si bien los autores del libro no lo expresan en estos términos– un desencadenamiento psicótico y el consiguiente pasaje al acto.

El 7 de julio de 2008, durante los Sanfermines, Diego Yllanes, un médico interno residente de 28 años que trabajaba en el Departamento de Psiquiatría de la Clínica Universitaria de Navarra, estranguló hasta matarla a Nagore Laffage, una estudiante de enfermería de 20 años. El médico la llevó a su piso y allí le arrancó violentamente la ropa a la chica –con la que había tenido un escarceo amoroso en el ascensor–, que se defendió provocándole a Diego unos arañazos. La autopsia efectuada a Nagore registra 36 lesiones externas e internas, y así lo recoge la sentencia de la Audiencia Provincial de Navarra de 17 de noviembre de 2009, que condenó a Diego Yllanes a 12 años de prisión por homicidio, y no por asesinato, confirmando la decisión del jurado.

En el capítulo en el que razona sobre la existencia o no de circunstancias eximentes o atenuantes de la responsabilidad del criminal, la sentencia expresa que “desde el punto de vista de la personalidad del acusado, el informe psiquiátrico presentado por la defensa señala la presencia de un trastorno de la personalidad mixto con rasgos narcisistas, paranoides y obsesivo/evitativos, que se traduciría en un fuerte sentimiento de inseguridad/vulnerabilidad (generador de un importante malestar psíquico) asociado a un importante temor a la desaprobación social y que derivaría hacia un comportamiento marcadamente defensivo, en el que predomina el autocontrol y la represión de sentimientos hostiles, ambivalencia que tiende a resolver a través de una sobrevaloración de sí mismo”. Los jueces, apoyándose en el dictamen psiquiátrico, consideran que a pesar del trastorno mixto de personalidad que atribuyen al acusado los peritos, este “no tenía disminuidas sus capacidades intelectivas o volitivas en el momento del crimen, ya que los trastornos de personalidad no ocasionan un deterioro funcional significativo en las áreas cognoscitiva, afectiva, de la actividad interpersonal o del control de los impulsos”. Y agrega la sentencia, haciendo suyo el argumento del abogado defensor: “hasta el momento en que acontecieron los hechos el Sr. Yllanes siempre había presentado una conducta adecuada, bien integrado en su medio, con un rendimiento escolar y universitario bueno así como un funcionamiento social, familiar y laboral impecable. En cualquier caso descartan (los peritos) cualquier rasgo o indicios de síntomas psicóticos”. Y siguen los jueces: “por otra parte los compañeros y jefes del Departamento de Psiquiatría, si bien es cierto que no lo hacen desde la perspectiva de un específico diagnóstico clínico, todos fueron igualmente contestes en que no denotaba

(el acusado) signos psiquiátricos evidentes, de manera que (aunque) los rasgos de personalidad que recogen los peritos psiquiatras alcanzaran la categoría de un trastorno mixto de la personalidad... no está acreditada suficientemente una merma significativa y penalmente relevante de sus facultades intelectuales y volitivas”.

No es casual que el pronunciamiento judicial, la parte resolutive de una sentencia, se denomine *fallo*. Y esta sentencia es un buen ejemplo de hasta qué punto falla el razonamiento de los magistrados al tiempo de interpretar los hechos para condenar al autor del crimen por homicidio y no por asesinato, aplicando la agravante de abuso de superioridad y compensándola –en palabras de los mismos jueces– con las atenuantes de reparación del daño y de intoxicación etílica leve, ya que la borrachera no alcanzó a anular la conciencia de la ilicitud del acto ni la voluntariedad de su ejecución. La defensa de Diego Yllanes había sostenido que el sujeto había actuado en un estado de arrebato u obcecación, contemplado en el Código Penal como un atenuante de la responsabilidad, y que según la jurisprudencia está integrado por un elemento interno y otro externo: el primero se caracteriza por una situación de cólera o ímpetu pasional que reduzca o limite las facultades mentales del sujeto activo, de modo que se produzca una ofuscación importante, como para afectar los frenos inhibitorios; el elemento externo es consecuencia de un estímulo exterior, a modo de detonante, generalmente como consecuencia de la actuación de la víctima, que ocasiona el desencadenamiento de tal impulso interior que en la mente del sujeto activo una violenta reacción, perdiendo el control. En otras palabras, la víctima provoca –y recibe su merecido– al agresor. El texto del artículo respectivo del Código Penal es inequívoco al tipificar la atenuante: un estado de arrebato u obcecación, expresa, u otro *estado pasional* de entidad semejante. ¿No resuena esto a lo que en tiempos de incorrección política se llamaba crimen pasional? Los magistrados rechazaron la aplicación de esta atenuante al considerar que la reacción agresiva de Yllanes cuando Nagore lo rechazó, después de que aquel le arrancara violentamente la ropa, no era consecuencia de un arrebato, ni que la actitud defensiva de la víctima pudiera estimarse como una provocación.

Las personas, en general, acuden a los tribunales en busca de justicia, y con

lo que se encuentran es con la ley. ¿Y qué dice la ley? La ley dice lo que los jueces dicen que dice la ley, y la percepción de esta situación por parte del común de la gente es lo que se denomina *justicia subjetiva*.

La situación se complica cuando el *ius dicere*, el que dice la ley, es un vehículo que supuestamente traduce en términos técnicos la decisión de un grupo de sujetos que conforman un jurado, que no son técnicos, y cuyo pronunciamiento está trampeado por las características del procedimiento establecido por la Ley que regula su funcionamiento. Nueve ciudadanos mayores de edad, elegidos por sorteo, debaten y valoran lo actuado durante el juicio, dirigidos –nunca mejor dicho– por un Magistrado de la respectiva Audiencia Provincial, que les presenta antes de encerrarse a deliberar un pliego con las cuestiones acerca de las que deben pronunciarse, enumerando los hechos sobre los que el jurado deberá declarar probados, o no probados. Las respuestas del jurado a cada una de las cuestiones planteadas se pone en las manos del Magistrado, que redacta la sentencia fijando, si cabe, la pena (o penas) que habrán de imponerse al acusado. La trampa está en el procedimiento mismo, que deja en manos del Magistrado que preside la redacción del pliego con las preguntas que debe contestar el jurado, porque a nadie escapa que el modo de preguntar puede condicionar –y de hecho condiciona– inevitablemente a los miembros del jurado.

Si en el “caso Bretón” el jurado no tuvo ocasión de pronunciarse acerca de la salud mental del acusado, en el de Diego Yllanes sí que tuvo mucho que decir, y casi con total seguridad lo hizo guiado por el modo en el que el Magistrado elaboró el pliego de preguntas a las que debieron responder. Si no fuera así, resultaría inexplicable que leída la espeluznante lista de lesiones padecidas por Nagore reveladas por la autopsia, y citado en la sentencia como un hecho probado que Diego Yllanes “desnudó de manera violenta a Nagore (...) a continuación diga el Magistrado que “Diego Yllanes pensó erróneamente que Nagore quería una relación apasionada, por lo que procedió a quitarle la ropa de forma brusca, rompiendo la trabilla del pantalón, un tirante del sujetador y el tanga por tres sitios”. Y sigue el despropósito: “Nagore interpretó erróneamente la actuación violenta del acusado como un intento de agresión sexual, y como reacción amenazó a Diego con destruir su carrera y denunciarle. La reacción airada de José Diego Yllanes con-

sistió en taponarle la boca para evitar que gritara, y en golpear de manera deliberada y repetida a Nagore en diversas partes del cuerpo causándole las siguientes lesiones”, y enumera 36 entre internas y externas...

El autor pudo decir lo que dijo para intentar exculparse de su acto criminal. Si es sorprendente el grado de credulidad del jurado al tiempo de valorar esas palabras, más sorprendente aún es la intromisión –por no decir la invención– en (y de) la subjetividad de la víctima hasta el punto de interpretar el pensamiento de una persona fallecida, que califica de “erróneo” sin la más mínima posibilidad de comprobar tan irresponsable conclusión. Irresponsable porque es igualmente imposible exigir al jurado que responda, haciéndose cargo de las consecuencias de semejante afirmación.

Si he traído estas dos viñetas es porque conciernen al título de mi exposición: decisiones judiciales y salud mental. Cabe señalar que hace ya varios años, en el marco del XIII Congreso Nacional de Psiquiatría, se advertía acerca del atraso que padece nuestro país en el desarrollo de los servicios de psiquiatría forense. Hay una palabra maldita en la medicina en general y en la salud mental en particular: **protocolo, medicina basada en la evidencia**, que está claramente orientada a la racionalización del coste por paciente. En la práctica, cuando los jueces se encuentran ante casos criminales cuyos protagonistas presentan síntomas de alguna alteración psíquica, o bien han de resolver si el sujeto en cuestión padece alguna, y en qué grado, dado que tienen una formación generalista los magistrados acuden al dictamen de los especialistas, es decir a los psiquiatras y los psicólogos clínicos, quienes DSM-IV o V en mano, según qué casos, se pronuncian sobre la capacidad del acusado para comprender la ilicitud de su acto, y si además lo ha cometido voluntariamente. La circunstancia de que el dictamen de los peritos no es vinculante para el juez, que legalmente puede ignorarlo o decidir en un sentido diferente a la opinión de los expertos, es en la práctica pura teoría. En el mejor de los casos el juez tiene a su disposición más de un dictamen sobre el caso en el que tiene que decidir, y aunque la sentencia no la firman los peritos, ¿quién decide realmente el destino del sujeto encausado?

Escribió Michel Foucault que “las prácticas judiciales (...) son algunas de las formas empleadas por nuestra sociedad para definir tipos de subjetividad,

formas de saber y, en consecuencia, relaciones entre el hombre y la verdad que merecen ser estudiadas”. Si para el derecho el inconsciente del sujeto no es tenido en cuenta, y la subjetividad se aprecia tan sólo en aquellos casos en los que puede presumirse una intención, y siempre que entre la presumible intención y el hecho criminal se pueda inferir una relación causal, para el psicoanálisis el inconsciente es el sitio donde la división subjetiva encuentra su más radical expresión. Mientras que los tribunales se ocupan de la *responsabilidad objetiva* que puede atribuirse a un sujeto para establecer una consecuencia jurídica, el psicoanálisis atiende a la asunción de la *responsabilidad subjetiva*, y ello en razón de que como señalara Lacan “de nuestra posición de sujetos somos siempre responsables”. De ahí que el lugar de encuentro y al mismo tiempo de desencuentro entre el derecho y el psicoanálisis se localice en lo tocante al concepto de responsabilidad. En tanto un juez está investido de poder para *des-responsabilizar* a un sujeto, incluso siendo este culpable, para el psicoanálisis esto resulta literalmente imposible, en tanto el sujeto es responsable desde su ingreso en *lalengua*, en el orden significativo. Y es así porque negar a cualquier ser hablante la posibilidad de hacerse cargo de las consecuencias de sus actos equivale a expulsarlo del mundo, de la cultura, privarle de la *otredad*, devolverlo al orden natural, convertirlo en un *no-sujeto*. Incluso en un caso criminal extremadamente grave, ¿se debe excluir del castigo penal al autor sobre la base de un dictamen pericial de locura? ¿Absolverle del castigo y recluirlo en un psiquiátrico, privándole de la oportunidad de cumplir una condena en un sitio en el que pueda establecer unos lazos sociales menos patologizados, y donde el cumplimiento de la condena no fuera incompatible con la posibilidad de que el sujeto estuviese en un futuro en condiciones de asumir la *responsabilidad subjetiva* por sus actos?

El pasaje al acto criminal es susceptible de presentarse en cualquier estructura clínica –neurosis, psicosis o perversión, si nos circunscribimos a las clásicas del psicoanálisis–, aunque es importante determinar la relación que exista en cada caso entre las estructuras clínicas y la contingencia que hace emerger el acto. Obviar esa relación, así como la implicación subjetiva que se juega en ella, dificulta –cuando no impide– averiguar el grado de responsabilidad del sujeto en cuestión, y equivale a hacerse cómplice del discurso del amo, que tiende a patologizar los lazos sociales al convertir el

malestar social en enfermedad. En psicoanálisis la referencia ética lleva a pensar en términos de deseos, aun inconscientes, acerca de los cuales el sujeto debe responder. Incluso cuando no trasciendan ni se plasmen en una manifestación externa a, porque en el inconsciente no hay registro de la diferencia entre deseo y acto: de ahí que como dejó dicho Freud, somos también responsables moralmente del contenido de nuestros sueños. Hace ya un siglo que Sigmund Freud percibió que en el síntoma del que un sujeto se queja y lamenta hay un beneficio que él mismo obtiene, y del que no es necesariamente consciente. Jacques Lacan introdujo un concepto fundamental, el de *goce*, para describir el lugar en el que el placer confluye con la pulsión de muerte, y que explica el por qué tantas personas permanecen en una situación que les produce auténtico padecimiento –y que en ocasiones puede llegar a ser mortal– sin encontrar una salida de ese laberinto de placer-dolor en el que están sumidas. La ignorancia del concepto de goce por parte de los jueces y demás operadores jurídicos –incluidos la mayor parte de los profesionales del mundo *psi*– les priva de un instrumento fundamental para saber de la condición humana.

Es paradójico que mientras el derecho, la ley, se presenta con vocación de universalidad mediante los axiomas “todos iguales ante la ley”, o “la ley es igual para todos”, en su aplicación práctica un juez tiene que abordar los casos sobre los que debe pronunciarse como lo hace el psicoanálisis con los pacientes: *uno por uno*. Desafortunadamente el psicoanálisis es una página ausente en el discurso jurídico, siendo, como señalara Jacques Lacan criticando lo que llamó *la concepción sanitaria de la penología*, el único que posee una experiencia dialéctica del sujeto (...) el que puede resolver el dilema de la teoría criminológica al irrealizar el crimen sin deshumanizar al criminal (...) el que gracias al expediente de la transferencia da entrada al mundo imaginario del criminal, que puede ser para él la puerta abierta a lo real”.

Legalidad física y ciencia delirante

Javier Peteiro Cartelle. Jefe Sección Bioquímica
Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Correspondencia: javierpeteiro@gmail.com

Kant es muy criticable, pero ha de reconocerse que sabía hacer tan buenas preguntas que siguen vigentes. Una de ellas hacía referencia al saber. ¿Qué puedo saber? Es una cuestión que admite varias lecturas y respuestas. En primer lugar, la pregunta puede referirse a un empeño colectivo o singular. Nuestras bibliotecas, internet incluso, están repletos de datos. Todos los que trabajan en colaboración en el CERN comparten mucho conocimiento sobre partículas elementales y los sistemas que permiten detectarlas. Pero el conocimiento que cada uno de nosotros puede lograr de algún aspecto relevante de la naturaleza y la cultura es muy escaso en comparación al existente. Hubo una época en que no era así, pero quizá Leonardo o Gauss fueron ejemplos de los últimos representantes de ese tiempo en que la mente de alguien podía albergar el conocimiento universal.

¿QUÉ PUEDE SABER CADA UNO DE NOSOTROS O QUÉ PUEDO SABER YO?

Por un lado, hay un saber utilitario. Gracias al conocimiento tecno-científico, nuestro mundo no es como el medieval, ni siquiera como lo era hace un siglo. Tenemos coches, televisores, teléfonos, ordenadores, alimentos variados; eso sí, en el primer mundo, ya que el conocimiento no ha sido aplicado para todos los seres humanos, ni parece que lo sea en el futuro próximo. Por otra parte, en ese saber pragmático también podría incluirse lo peor, el armamento biológico o nuclear.

Desde un saber reconocido oficialmente podemos ganarnos la vida como médicos, psicólogos, profesores o taxistas. Es curioso que, al referirnos a este conocimiento, al utilitario, es habitual el uso del término “tener”.

“Tengo estudios”, puede declarar orgullosamente alguien, o decir que tiene un máster o un doctorado. Se tiene, en general, un curriculum. Cada vez más se confunde el conocimiento con una posesión, no con algo que forme parte del ser de uno, que pueda llegar a transformarlo incluso. En cierto modo, así le va a la medicina y, en gran medida, a un sector de la Psiquiatría. También puede calificarse de utilitario el saber referido a colmar la curiosidad; por ejemplo, el que proporciona cierto entendimiento sobre la evolución biológica o el origen de las estrellas.

Pero hay un saber que podríamos calificar de más vital y es el referido a dos cuestiones singulares: ¿quién soy? y ¿qué soy?

La pregunta kantiana es abordable de modo distinto si tiene que ver con el saber científico o con el interrogante filosófico. La ciencia siempre intenta responder mientras que la filosofía sólo puede ahondar la pregunta.

Y es que desde hace relativamente poco tiempo en la Historia tenemos un método maravilloso para conocer. Es el método científico.

Pero fijémonos ahora en una palabra que utilizamos con frecuencia. Sé o sabemos. Por ejemplo, sé que hoy es viernes, que nuestro tiempo se rige por relojes y calendarios, que estoy hablando. Hay un saber tan elemental que es trivial.

¿Es legítimo decir en general que sé, que sabemos? Parece que sí y más allá de lo trivial. Una titulación universitaria avala un conocimiento por parte de quien la ostenta; algo sabrá al menos, que siempre será insuficiente, pero algo al fin y al cabo. Nos movemos con supuestos similares.

Hagamos esa pregunta en el orden de la ciencia. Es algo que a todas luces nos proporciona conocimiento y podríamos decir que, gracias a la ciencia, sabemos. Pero eso es dudoso. Y no sólo lo es porque haya límites intrínsecos a lo que la ciencia puede decir, como ocurre en el ámbito cuántico, a pesar de que pueda predecir muchos fenómenos en él. Y no sólo lo es porque haya límites prácticos como el caos clásico o las limitaciones inherentes en general a procesos no lineales y a sistemas en los que intervienen muchas variables, como ocurre en Biología. Ni siquiera porque haya límites cuya existencia está en discusión, como la posibilidad de que la consciencia

sea accesible científicamente o su variante de que pueda emerger en un sistema de inteligencia artificial.

¿Podemos, en general, decir que sabemos? Muchas personas opinan que sí. Se da la admiración, la curiosidad, surge la pregunta y el método científico la resuelve o la resolverá al cabo del tiempo. Ese es el esquema vigente en esta época científica. Pero eso es dudoso.

LA ÚNICA AFIRMACIÓN QUE PODEMOS HACER CON CERTEZA ES QUE CREEMOS

Sabemos sólo porque antes creemos. La creencia precede a la ciencia y, a veces, demasiadas, también la sucede en el peor de los modos.

Creemos en que podemos saber. Esa sería la creencia básica y no es ajeno a ella el propio método científico. Veámoslo.

Creemos en la inducción. Todos podemos estar seguros de que antes de que transcurran 24 horas volverá a amanecer. Podemos estar más seguros de eso que de que cada uno de nosotros pueda presenciarlo. Sin embargo, sólo podemos suponerlo, con una probabilidad todo lo próxima a uno que imaginemos, pero sólo podemos suponerlo. Y una suposición así tiene que ver con cualquier ámbito en el que se use el método inductivo, según el cual, si un fenómeno ha ocurrido n veces en determinadas condiciones y si éstas no cambian asumimos que ocurrirá también $n+1$ veces y así sucesivamente. Afirmar que todos los cisnes son blancos es una generalización inductiva precedida por la observación de que todos los que se han observado, un número finito, son de ese color. El número de amaneceres habidos es mucho mayor que el de cisnes blancos pero aun así es finito. La inducción aspira a lo general desde lo particular.

También creemos en la deducción. Estamos convencidos de que dos y dos son cuatro, pero a Russell y a Whitehead les llevó muchas páginas de sus Principia Mathematica demostrar algo así. Hay axiomas, enunciados autoevidentes. Durante mucho tiempo creímos que dos líneas paralelas jamás se cortaban por muy largas que fueran. Nos lo dijo Euclides y nos pareció una perogrullada como cualquier axioma. Después aparecieron las geometrías no euclídeas, contraintuitivas, y mostraron la falsedad de ese dogma. Ni siquiera nuestro propio universo parece euclídeo. Quién lo habría sospechado.

Y creemos en la isotropía de nuestro universo, creemos en que las leyes físicas son las mismas aquí que en una galaxia alejada de nosotros a millones de años luz o, dicho de otro modo, en una galaxia visible hoy porque existió hace esos millones de años tal como la vemos ahora. Esa creencia nos ha dado grandes avances pero sigue siendo creencia. De hecho, de vez en cuando saltan las alarmas de que quizá las constantes universales como la de estructura fina no lo sean tanto, no al menos en el tiempo.

Esa fe es necesaria para construir la ciencia. En realidad, fe es creer lo que vemos. Es lo más difícil. Planck es un buen ejemplo de escepticismo duro hasta que no tuvo más remedio que admitir lo que veía y asumir que las transiciones energéticas son, como la materia, discretas. Hubo de creer lo increíble en el marco físico de su época. Y creyó porque vio.

Hay quien negó y niega esa fe que subyace a una ciencia realista. Berkeley pensaba que, sin observador, no habría propiamente nada que observar. Salvaba la situación de que los árboles siguieran existiendo sin nuestra mirada gracias a la existencia de Dios como observador universal. Es decir, salvaba una incredulidad con una fe alternativa. Desconfiando de su mirada, creía en la de Dios. De un modo análogo, hoy en día hay quien afirma que lo más real no es la materia, que lo más real no es un electrón o un quark, o las presumibles supercuerdas, sino la información, el bit. Es la teoría ya algo vieja de Wheeler, el “it from bit”.

Simplifiquemos lo anterior. Podemos decir que ***tenemos fe en la legalidad física***. En realidad, no sabríamos vivir sin esa confianza básica. Sin ella, desde luego, no habría ciencia.

El problema se da en cómo se concreta esa fe. Hay situaciones muy claras, las que ofrece por ejemplo la mecánica newtoniana. Una fuerza ejercida sobre una masa le imprime un movimiento uniformemente acelerado. Estar en órbita es equivalente a estar cayendo hacia la tierra y esa caída hace que un astronauta no perciba la gravedad y que flote en la nave que tripula.

Hay situaciones que son menos claras. Incluso aunque sean cotidianas. Se suele poner el ejemplo de que es fácil que un terrón de azúcar se disuelva en el café pero que es, en la práctica, imposible que, de esa disolución, se

separe espontáneamente el azúcar para volver a formar el terrón. Se suele decir que la tendencia al desorden, con lo que pobremente se equipara en textos de divulgación la entropía, crece con el tiempo o, dicho de otro modo, que establece el tiempo mismo. El tiempo tendría tres flechas, la psicológica (no recordamos el futuro sino el pasado), la cosmológica (el universo se expande desde su inicio y en él se van formando y “muriendo” estrellas) y la entrópica (la entropía aumenta en el futuro). Pero, siendo las ecuaciones de la mecánica de partículas reversibles en el tiempo, bien podría ocurrir que la entropía tendiera a crecer no sólo hacia el futuro sino también hacia el pasado, que lo macroscópico fuera extensión de lo microscópico y también reversible en el tiempo. Que no lo haga se explica habitualmente por un grado impresionante de orden al inicio del universo. Pero aun así, el paso de una reversibilidad de la mecánica de partículas aisladas a la irreversibilidad de una mecánica estadística, desde la sensatez aparente de que sólo se dan los macroestados que tienen asociados el mayor número posible de microestados, no está muy alejado a un acto de fe, por muy científico que se diga. Einstein bromeaba al respecto diciendo que “sabemos que el tiempo no existe”, una broma que curiosamente cobra nuevo vigor como hipótesis por la que el tiempo sería un modo de expresar una correlación fenoménica.

No nos queda más remedio que mantener una confianza esencial en cierta constancia de la legalidad física y en nuestra capacidad para acceder a su conocimiento. Pero no es malo reconocerlo. Al contrario, porque, si se necesita fe para construir la ciencia, puede incurrirse en el riesgo de creer del peor modo en la interpretación de los resultados obtenidos o por alcanzar.

Tenemos un ejemplo muy claro de ese exceso de fe. Hay quien cree demostrar la existencia de Dios desde la ciencia. Abundan esos nuevos apologetas. A la vez, hay quien cree, como Laplace o más modernamente Hawking, que la ciencia excluye su existencia. En cierto modo, esos excesos en el sentido que sea no son preocupantes excepto si implican prohibiciones educativas, como es el caso del creacionismo. La estupidez sí puede ser muy peligrosa, por lo que tiene de creativa en sus concreciones idiotas; constantemente se propaga y multiplica. Por otra parte, si la fe de partida, la que implica creer en la legalidad física es intuitiva además de operativa,

la fe metafísica, la creencia en Dios, del modo en que se entienda, supone un salto extraño e incommunicable si se da desde la ciencia. Es ajeno a ella.

Nuestra cultura está enraizada en el judeocristianismo. En ese sentido, es bueno recordar la pregunta evangélica: “¿qué hacéis mirando al cielo?” Miramos a lo que tenemos entre manos, pues si la fe epistemológica es necesaria y comunicable operativamente, en el método, el resultado científico no soporta creencias que lo excedan, sólo interpretaciones filosóficas, sólo nuevas preguntas. No hay un real alcanzable; sólo aproximable.

Creer es necesario para saber, pero creer no es saber. Y aquí radica todo lo malo del cientificismo para aproximarse a la pregunta kantiana sobre el saber, principalmente cuando ese afán se refiere a lo subjetivo.

De lo que no se sabe, es mejor callar, decía Wittgenstein, pero, frente a esa prudencia, nos hallamos inmersos en un parloteo cientificista inhumano, enajenador. El exceso cientificista lo es con respecto a la creencia necesaria que sostiene la ciencia y con respecto a una generalización infundada de la interpretación personal de sus resultados.

FIJÉMONOS EN EL ORDEN METODOLÓGICO

Hablábamos de la inducción. No es igual inducir el comportamiento de una bacteria en cultivo en presencia de un antibiótico tras haber estudiado millones de ellas creciendo en condiciones similares, que inferir el comportamiento de alguien en libertad condicional tras haber comparado su imagen cerebral funcional con la de cientos de sujetos.

Hablábamos de la deducción. No es lo mismo deducir el teorema de Pitágoras que afirmar que alguien con un LDL elevado morirá por infarto. Sabemos que ambos razonamientos, el inductivo y el deductivo, cuando se aplican a problemas con muchas variables, y nuestros cuerpos lo son, deben utilizar una maniobra que neutralice el ruido de fondo y no es otra que la estadística, pero ésta, con sus célebres “p”, intervalos de confianza (palabra acertada), factores de riesgo, etc., se ha convertido, en la práctica, en algo objeto mismo de fe, de una fe que acaba suplantando la inicial asociada a la inducción y a la deducción. De hecho, el propio concepto de probabilidad, cuando es bayesiano, es fideísta: la probabilidad a priori es un

grado de confianza, no una frecuencia llevada al límite.

Hay otro exceso de fe científicista no menos peligroso y es casi un salto de fe kierkegaardiano. De una fe operativamente necesaria en la legalidad física se pasa a una fe en el determinismo laplaciano. Es llamativo que lo que ocurrió en Física, relacionado con lo más simple, hace un siglo, no se da en la Biología, en lo que es más complejo, en el momento actual. En Física, se admite desde los inicios del siglo xx un indeterminismo esencial que ha permanecido a pesar de Einstein, confirmándose aspectos tan misteriosos (es difícil llamarles de otro modo) como el entrelazamiento cuántico. Sin embargo, en Biología y, por extensión en Psicología y Medicina, asistimos en la actualidad a un contexto profundamente determinista según el cual, si alguien presenta un fenotipo dado estará en la práctica condenado a sufrir tales trastornos, a actuar de un modo concreto, en general a ser identificado con una marca diagnóstica. Se dirá que con una $p < 0.05$, quizá, pero se dirá como si de un oráculo se tratara. Si no sólo es el fenotipo sino el genotipo lo que se analiza, el oráculo será interpretado de modo contundente, facilitando el renacimiento de la tentación eugenésica, tanto en su vertiente negativa, como aborto, como en su vertiente positiva, en forma de manipulación genética. Los niños a la carta se vislumbran como una distopía de próxima realización, alimentada en grado sumo con el reciente avance CRISPR-Cas en técnicas de edición genética.

Ese determinismo es infundado y no sólo en el ámbito poligénico. También se ha descubierto hace poco tiempo lo que se viene en llamar la “resiliencia” genética. Por alguna razón, personas que serían determinadas por una alteración genética dominante a padecer una enfermedad monogénica, como la fibrosis quística, no la sufrieron. Es enigmático, pero real.

LA LOCURA EN MEDIO

Y, en este contexto, nos vemos con la locura. Con dos tipos de locura, más bien, la de sujetos que la padecen en sus variadas formas, y la de un científicismo que cree que puede confundir ciencia y creencia a la hora de hablar del enigma.

Se ha ido construyendo una fenomenología del trastorno del alma, eso a lo que el propio nombre de Psiquiatría alude. A la vez, el alma se ha olvidado.

No en sentido cristiano, sino en el sentido originario, griego y también hebreo. El viento sopla donde quiere y a veces lo hace de mala manera, trastornando. ¿Por qué? ¿Qué ocurre ahí? Ah, son las catecolaminas, los receptores de la serotonina o de la dopamina, que se han desmadrado. Ojalá fuera tan simple.

La fenomenología clásica era, al menos, humilde. Y acogía términos interesantes, tanto como hoy despreciados. La histeria, que hacía referencia al útero, soporte de vida y, sin embargo, también supuesto origen de trastorno; una bella imagen. La neurastenia. ¿Quién admitiría hoy ser diagnosticado así y no de fatiga crónica o de fibromialgia? Afortunadamente tenemos el DSM y, gracias a él, todos somos trastornados. Lo normal es serlo o, más bien, “tener” algo. Porque si se tiene un trastorno, uno nunca es culpable; no puede decir es que soy así, sino que dirá más bien es que tengo un duelo patológico, como otro tiene una úlcera o aftas en la boca.

Analicemos, secuenciamos el DNA, hagamos HPLC y espectrometría de masas, usemos modelos experimentales (como si hubiera ratones autistas, por ejemplo) y tendremos la respuesta. Bien, ese es un claro ejemplo de la peor fe, de la creencia en una ciencia omnipotente en la que esperar la completitud y la salvación, algo que si no se da hoy, acontecerá en breve. No es malo acudir a la ciencia, pero sí lo es creer que fuera de ella, como en otro tiempo de la Iglesia, no hay salvación; que fuera de ella no cabe el saber empírico ni la construcción teórica.

Podremos clasificar todo lo que queramos, podremos definir nuevas variables explicativas usando el perverso análisis factorial, podremos desarrollar un discurso convirtiendo pobres hipótesis en teorías de apariencia consistente, pero sólo estaremos al hacerlo sosteniendo una creencia vacía, una fe inhumana, un delirio. Ese es uno de los más graves tipos de locura, el que se da en cuerdos, en científicos que extrapolan y parlotean, que no se callan cuando no hay otra cosa que hacer, cuando sólo cabe escuchar a un otro que sufre, cuando sólo la clínica puede hacer algo.

LA CIENCIA DELIRANTE

Bastante fe hay que depositar ya en la legalidad física para poder construir la ciencia, para desvelar lo cognoscible del mundo. Cuando desde los nobles

descubrimientos científicos se da el salto a una cosmovisión universal y que implica lo más subjetivo, la propia ciencia pasa a hacerse delirante. Vivimos precisamente en esa época, en un tiempo en el que es urgente frenar el exceso, saber cuál es el terreno que la ciencia puede pisar y discernir lo que es mera creencia infundada. Porque ese es el problema de muchos científicos; que no se conforman con la ciencia, que la religión infantil los tiene más apresados que nunca pero de otro modo y que, si antes se hablaba seriamente de las emanaciones divinas y de los coros ángeles, hoy ha de hacerse lo mismo de modo simpático con terminología científica. Sustituyamos emanaciones por niveles de complejidad y ángeles por intencionalidad oculta, sea celular o molecular, y todo estará dicho. Mal dicho, por supuesto, pero lo importante es sostener el discurso salvífico y, a la vez, segregacionista.

La enfermedad es el nuevo pecado, que uno adquiere por su mala vida, su inobservancia de la ley higiénica, su desviación de la norma (como se dice de los utensilios y procedimientos) o por herencia de los padres en forma de malos genes.

Tenemos dos grandes armas que utiliza la miopía científicista para convertirse en único discurso. Una es la fe absoluta en el **determinismo**. Decía antes que eso ya no ocurría en Física pero en cambio es una visión vigorosa entre muchos biólogos, médicos y psicólogos. Hay algo que derrumba de un modo simple lo que en sí misma es concepción simplista. El determinismo en el ámbito biológico y clínico siempre es restrictivo, nunca positivo. Es la legalidad física la que puede impedir algo de modo claro. Desde ella podemos pronosticar que no puede haber insectos de la misma forma pero del tamaño de un elefante o que un niño con una trisomía 21 sufrirá un síndrome de Down. Pero desde un perfil genético, por completo que éste sea, jamás podremos predecir cómo será, cómo se comportará una persona si no hay restricciones biológicas claras en su desarrollo. Desde luego, gran parte de lo que cada uno es, está determinado biológicamente; el color de los ojos, la máxima altura alcanzable con una dieta adecuada, rasgos de carácter, pero son tantas las variables que influyen que, a día de hoy, hablar de determinismo positivo es una falacia, es la gran mentira que sostiene la esperanza salvífica. Entre otras

cosas, porque, a la vez que supone un determinismo ingenuo, ignora el poder de lo que más determina, precisamente aquello que no conocemos y que por esa razón le llamamos acertadamente *lo inconsciente*.

Hay otra arma que hace mucho daño; se trata de *la perversión del lenguaje*. Constantemente oímos hablar de hallazgos que podrían a corto plazo resolver un gran problema médico, prolongar la vida o lo que sea. Cada día más, los científicos son charlatanes, gente que domina el lenguaje de la publicación de artículos y de captación de fondos. Cada día más, la metáfora ha desplazado a la realidad, con el DNA como el gran referente. Y la divulgación científica ha dejado en buena medida su noble vocación para hacerse tarea de nuevos predicadores, los que ofertan la ciencia como único discurso. Se predica esperanza, incluso cuando no la hay. Se trata, en tal caso, de “empoderarse”, como dicen los modernos, de luchar contra el cáncer como si uno pudiera, de vivir el ahora cuando el futuro es de lo más sombrío o cuando el pasado duele muchísimo. La deificación de la ciencia sólo puede conducir a lo que está ocurriendo, una infantilización social y, aunque parezca paradójico, un brutal ataque a la propia investigación científica.

No se trata de ser pesimistas ni nostálgicos. No estaríamos aquí si lo fuésemos, sino de ser humildes, amantes del saber que transforma frente al saber que se tiene, vocados a que esa transformación sea benéfica no sólo para cada uno sino para algunos más. Es así como se transforma siempre el mundo, a pequeña escala. De uno en uno, facilitando la liberación propia y ajena de cualquier adoctrinamiento. De eso sí somos sabedores y responsables.

Sujeto, narrativa y psicoanálisis

Antón Casais Lestón. Psiquiatra

Chus Gómez Rodríguez. Psiquiatra

Alcira Cibeira Vázquez. Psiquiatra

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

Correspondencia: jose.antonio.casais.leston@.sergas.es

I. INTRODUCCIÓN

A. En nuestro campo, en cada paciente, siempre se hace patente una dimensión singular y otra dimensión referida al discurso o social. De la queja al síntoma, éste –el síntoma– acabará revelándose como aquello que hace que cada uno, en algo, no logre hacer absolutamente lo que le está prescrito por el discurso de su tiempo; es decir, la empresa de uniformización del discurso hegemónico choca contra el síntoma como verdad singular.

B. Si presentamos la relación entre singularidad subjetiva y discurso a través del síntoma, podemos apreciar fácilmente que cualquier cambio en la estructura del discurso afecta al síntoma y a la posición subjetiva, si ésta también se manifiesta como actitud hacia el Otro social.

C. Pensamos con el término de discurso en una estructura, por ejemplo la sociedad en tanto está estructurada, que no sólo produce y distribuye riquezas y goces, sino que legitima dicha distribución, cohesionada y homogeneiza la sociedad, al mismo tiempo que permite a sus miembros interpretar su presente y elaborar planes en función de expectativas de futuro.

D. Desde principios de los años 70, Lacan intenta caracterizar la nueva situación de la civilización a partir de la modificación del discurso antiguo como consecuencia de la ciencia. Dicha modificación tiene como consecuencia

que la cohesión social ya no se hace a partir de ideales y valores, sino que se realiza a partir de los productos de la ciencia que inundan los mercados. Productos que se proponen como causa de deseo y objetos de goce.

E. Pero no fue hasta finales de los 70, cuando el debate de cambio de discurso se hizo prácticamente universal enmarcado en los términos “modernidad-postmodernidad”. Así situado, es un debate que tiene como principales protagonistas a François Lyotard y Jürgen Habermas.

El primero publicó como libro en 1979¹ un informe sobre la condición del saber en aquel momento, elaborado a demanda de las autoridades universitarias de Quebec (Canadá). Lyotard mantiene la tesis de que las sociedades que entran en la era postindustrial y las culturas en la era postmoderna —a finales de los años 50 del siglo pasado—, se caracterizan por la incredulidad en los grandes metarrelatos (idealistas, cristianos, marxistas, liberales, etc.) al mismo tiempo que el saber y su legitimación cambian de estatuto. J. Habermas² publica al año siguiente *El discurso filosófico de la modernidad* cuestionando las tesis del primero y planteando la modernidad como un proyecto inacabado. El debate estaba servido.

Bauman³, aceptando la diferencias modernidad postmodernidad pero con nueva terminología (modernidad sólida-modernidad líquida) afirma que en el contexto actual, los vínculos humanos, a los que antiguamente merecería la pena sacrificar los intereses individuales, devienen cada vez más frágiles y se aceptan como provisionales y **la sociedad es tratada como una matriz de conexiones y desconexiones aleatorias de un número infinito de permutaciones posibles**. El pensamiento, la planificación y la acción a largo plazo se sustituyen por proyectos de corto alcance que sostienen una vida fragmentada, donde cada paso es respuesta a una serie de oportunidades que precisa de distintas habilidades y organización de recursos. Una vida donde olvidar la información obsoleta y las costumbres añejas es más importante para el éxito futuro que recordar estrategias basadas en un aprendizaje previo”. El aprender a aprender se combina con el aprender a olvidar.

¹ JEAN- FRANÇOIS LYOTARD. *La condición postmoderna*. Madrid, Cátedra, 12ª edición, 2014.

² JURGEN HABERMAS. *El Discurso filosófico de la modernidad*. Katz editores, cuarta reimpresión, 2013.

³ ZYGMUNT BAUMAN. *Tiempos líquidos*. Tusquets, 5ª edición, 2015.

G. En el año 1996-1997, J. A. Miller y Eric Laurent imparten el seminario que lleva por título “*El Otro que no existe y sus comités de ética*”. En él hay tesis compartidas con Lyotard y Bauman, aunque van más allá: interpreto que comparten la tesis de que los Ideales, los grandes relatos legitimadores se vuelven sólo semblantes, son inconsistentes y por tanto no existen. También comparten la tesis de que dicha inexistencia es correlativa de un sujeto desengañado, errático, a la caza del goce y la plusvalía. Cuestión que tiene como envés la angustia, la impulsión, etc.

Pero además define la época como aquella en la que el sentido de lo real fijado por la ciencia en la época clásica, se volvió un interrogante y ante la pregunta ¿Qué es lo real?, sólo se obtienen respuestas contradictorias, inconsistentes, en todo caso, inciertas.

H. Si los cambios entre modernidad y postmodernidad tienen la profundidad que los citados autores exponen, dichos cambios necesariamente afectan a los síntomas y a la posición subjetiva, pero también a las teorías sobre aparato psíquico y a las estrategias psicoterapéuticas, puesto que todos estos aspectos se dejan afectar e influir tanto por el discurso hegemónico como por las ideas filosóficas y científicas dominantes. ***Trataremos entonces de presentar cuestiones generales de las psicoterapias postmodernas en este contexto, marcar su diferencia con las modernas y del psicoanálisis con ambas.***

I. En todo caso, las psicoterapias postmodernas necesitan para su emergencia un contexto de discurso como el citado antes, en tanto supone un cambio en el régimen de la verdad, un cambio de estatuto en el saber, que intentaremos situar más adelante.

II. DEL CAMBIO DE ÉPOCA AL CAMBIO DE CLÍNICA.

PRIMERAS CUESTIONES DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL PSICOANÁLISIS

Si cada disciplina elabora su propio campo conceptual con el propósito de circunscribir su objeto, en psicoanálisis no podría ser de otra manera. En este sentido, no utiliza los términos de modernidad y postmodernidad, sino los de discurso del amo (en donde también se estudia la situación subjetiva en la modernidad) y discurso del capitalismo (con sus variantes), para

situar la época llamada, en sociología: postmodernidad.

Sin duda, el psicoanálisis no fue insensible al cambio de posición subjetiva operado en el paso de la modernidad a la postmodernidad, cambio que pudo asumir y dilucidar a partir de la concepción de aparato psíquico elaborado por Freud y de discurso por Lacan. Es a partir de ahí, desde donde puede mostrar la dimensión social del síntoma, sin por ello, sustituir la dinámica de la singularidad subjetiva por una lógica sociológica.

El tiempo vital de Freud (1856 -1939) es el tiempo de la modernidad, por tanto del discurso del amo. En 1929 escribe “*El malestar en la cultura*”. En aquel momento, la ética del capitalismo puritano prescribía la renuncia a los deseos más singulares en aras de un interés más alto. Quedaba siempre un resto imposible de sublimar que sostiene el malestar.

La clínica dominante consistía en síntomas conversivos, fobias, neurosis obsesivas clásicas. El temor de Dios de épocas anteriores había dado paso a la angustia y a la alucinación cuando en el lugar de Dios se hizo patente el vacío⁴. Pero, en general, eran síntomas bien recortados, en pacientes con importante conflictividad a nivel del deseo, a cuya satisfacción habían renunciado por amor y/o por la satisfacción de cumplir con el deber. Dado que nunca se renunciaba lo suficiente, ni nunca se estaba a la altura, todo ello se entretejía de la culpa y su manejo. Una clínica donde la interpretación, al liberar el sentido reprimido de los síntomas mostraba su recorrido de eficacia y daba cuenta, no sólo de cómo lo simbólico interfería en lo real del cuerpo (conversiones), sino también de la lógica del saber inconsciente que lo hacía posible.

J.A.Miller sitúa la clínica actual como respuesta subjetiva a unas condiciones del discurso totalmente nuevas con respecto a la modernidad. “Actualmente la crisis no sólo afecta a lo simbólico –en tanto se presenta de forma inconsistente y reducido a semblante– sino que también afecta a lo real. Las respuestas a la pregunta por lo real acaban por ser contradictorias, inconsistentes e inciertas”.

⁴J.A.MILLER, E. LAURENT. *El Otro que no existe y sus comités de ética*, Paidós, 2005.

A nivel de la ética, pasamos de la ética del deber (del trabajo y la renuncia del capitalismo puritano) a lo llamado por Eric Laurent “comité de ética”⁵. ¿Qué son los comités de ética?: “Los comités de ética generalizados, son las figuras con las que la subjetividad de nuestra época intentan restaurar el sentido moral del Otro, mientras convivimos con la fuga del sentido, la paradoja, la confusión de goces, la segregación y el aislamiento, sin que aparezca claramente la instancia decidida a hacerse responsable de ello, de nada”.

Se inscriben en una civilización en la que coexisten pequeños relatos que provienen de religiones, sabidurías orientales, poderes del estado, culto a la razón, ciencia, etc. de forma inconsistente y sin que prevalezcan unos sobre otros. Alguien puede mezclar unas tesis del Taoísmo, con otras del positivismo lógico y quedar tan tranquilo.

Consisten en una práctica de parloteo en los que se delibera, se debate, llegado al caso se consigue cierto consenso que sirve de cierta guía moral ante las dificultades de la vida, como manera de soportar la relación con el Otro y sus fallas. Los comités, como práctica del parloteo, no tienen ninguna oportunidad de dar acceso a una relación con lo real que no fluctúe.

La clínica dominante tiene como referencia los llamados trastornos de la personalidad, que lejos de orientarse por un ideal, lo hacen por la búsqueda de goce, búsqueda que plantean como legítima, como teniendo derecho y constituyendo el fundamento de la llamada sociedad hedonista. Son posiciones subjetivas que pueden virar tanto hacia la impulsión, las toxicomanías, trastornos de la alimentación, como hacia la angustia, la “depresión”, el acting o el pasaje al acto. Por otro lado, no está de más recordar las modificaciones en la clínica de la psicosis. En conjunto, una clínica que tiene por referencia el vacío.

Compañeros del Área de Salud Mental de Ourense⁶, sostienen la tesis de un aumento de la prevalencia de la clínica del dolor, una clínica que tiene como cuadro estrella a la fibromialgia. Efectivamente, son cuadros donde

⁵ *Idem*, p. 25.

⁶ Nuria Recondo, psicóloga de Área Salud Mental de Ourense.

se excluye la palabra, y frente a las dificultades de cernir lo real del cuerpo, un significante en lo real, “dolor”, reúne al cuerpo como dolorido, al mismo tiempo que se evita la división subjetiva. Son cuadros donde los opiáceos se utilizan en una escalada ascendente, no en la búsqueda de goce de separación con respecto al Otro, sino con el objetivo de limitar una dinámica que apunta a la petrificación o a la muerte, es decir, para posibilitar cierto lazo social.

El paso de la modernidad a la situación actual, podemos resumirlo en la clínica a través de sus síntomas paradigmáticos: de la conversión y la anestesia de una parte localizada del cuerpo, al cuerpo dolorido de la fibromialgia, pasando por la clínica del vacío.

III. MODERNIDAD – POSTMODERNIDAD

Modernidad, meta-relatos y ciencia

Antes de continuar, unas palabras sobre modernidad, metarrelatos y positivismo como paradigma de filosofía de la ciencia del primer cuarto del siglo XX, con objeto de tener una pequeña referencia de los cambios a los que aludimos.

1. La modernidad tiene a la Ilustración y a la Revolución Francesa como referentes culturales y políticos. Habermas vincula de forma interna subjetividad, racionalidad y modernidad, y al mismo tiempo sitúa en ese contexto cultural y político, el momento en el que se hace consciente el cambio que se produce en el entorno del 1500 y que luego será conocida como edad moderna. El siglo XVIII es una etapa importante para la cultura, la sociedad, la filosofía, etc., pero la ciencia moderna ya había sido puesta en marcha previamente a partir de Galileo y Newton. En todo caso, autoconciencia moderna que no sólo posibilita el análisis histórico sino también plantearse el futuro.

2. La modernidad significó un específico desarrollo del saber a dos niveles: por un lado, la filosofía, la ética, los valores; por otro, la ciencia. En ambos casos con aspiración universal, como sistemas válidos para todos y para todo.

Según Lyotard, es la particular relación entre ambos niveles lo que caracteriza a la ciencia moderna. Una relación en la que la verdad de los enunciados de la ciencia, es legitimada por la filosofía.

Lyotard los expresa de la siguiente manera: “En el origen, la ciencia está en conflicto con los grandes relatos. Pero en tanto la ciencia busca lo verdadero, debe legitimar sus reglas de juego”. Es entonces cuando mantiene sobre su propio estatuto un discurso de legitimación que se llama filosofía. Se decide llamar “moderna” a la ciencia cuyo metadiscurso –la filosofía– recurre a tal o cual gran relato, como la dialéctica del espíritu de Hegel o cualquier otro, para legitimarse.

En este contexto, la regla de consenso entre interlocutores de un enunciado con valor de verdad, será considerada aceptable, si se inscribe en la perspectiva filosófica o gran relato de referencia.

3. Si conciencia y mundo son los ejes sobre los que gravita el modo de pensar moderno, la representación del mundo por la conciencia, es el enlace entre ambos. La inquietud de la subjetividad moderna es la búsqueda afanosa de la seguridad cognitiva, intentando garantizar la objetividad a través del método con el fin de conseguir la verdad como certeza de dicha representación de un sistema físico, de sus propiedades y relaciones. Un sistema físico, material, que existe independientemente del observador y anterior a la observación.

En resumen, las afirmaciones verdaderas de la ciencia moderna representan lo existente y sus aceptadas como tales, cuando lo hacen de forma coherente con el sistema filosófico hegemónico del momento; es decir, tal sistema filosófico tiene la función de legitimar el valor de verdad de los enunciados planteados como científicos.

4. Ejemplo de metarrelato paradigmático de la modernidad es la filosofía de la historia como progreso elaborado a partir de las referencias de subjetividad, razón y autoconciencia por un lado y de ciencia, técnica y dominio de la naturaleza por otro. La filosofía de la historia como progreso, gravita sobre la idea de que la humanidad avanza hacia un estado futuro de perfección que es necesario conquistar. Por una parte, a través del desarrollo

científico-técnico, perseguirá el dominio ilimitado de la naturaleza, dominio que se identifica con un mayor bienestar social. Por otro lado, mediante la razón, en su lucha contra los perjuicios y la religión, busca un mayor grado de perfección de la humanidad.

No es necesario recordar que la perfección humana sigue tan lejana como siempre y, que el dominio ilimitado de la naturaleza trajo bienestar para unos, desgracias para otros, catástrofes ecológicas... Pero era un metarrelato creíble por la sociedad de la época y legitimadora de la organización de la misma.

En ese o en otro tipo de metarrelatos, como “la liberación a través de la lucha de clases y la conquista del paraíso con el advenimiento del comunismo” o “el enriquecimiento de la humanidad a partir del desarrollo de la tecnociencia capitalista”, es en lo que se muestra incrédula la sociedad postmoderna.

Son relatos que tienen su consistencia, su coherencia, constituyen ventanas simbólicas a través de las cuales la realidad en su conjunto y cada aspecto de la misma en particular, cobra sentido. Por otra parte hacen lazo social. Tienen un aire de familia con el concepto de paradigma en Kuhn, o el de Ideal de yo en psicoanálisis.

IV. POSITIVISMO COMO FILOSOFÍA DE LA CIENCIA: FIN DE LA MODERNIDAD Y COMIENZO DE LA POSTMODERNIDAD

Construcción de la filosofía de la ciencia positivista y crisis

A. En el primer cuarto del siglo XX y, en el contexto intelectual de la filosofía analítica y el empirismo lógico, la aspiración del momento, pretende que la ciencia pueda legitimarse a sí misma y desvincularse de la filosofía como metarrelato legitimador. En los años 50 –cuando sitúa Lyotard el inicio de la postmodernidad– va cristalizando su propia crisis que por otra parte había comenzado hace años.

B. Para el empirismo lógico como nueva filosofía de la ciencia defendida

desde el Círculo de Viena, que la ciencia pueda legitimarse a sí misma, implicaba sostener la verdad de sus enunciados desde una doble vertiente: por un lado como consistencia lógica, por otro como verdad referencial en el sentido que el dicho representa al hecho sin pérdida.

1. Demostrar la verdad como consistencia lógica suponía sustituir el razonamiento por un cálculo lógico y así evitar los extravíos que el lenguaje provoca al pensamiento en la filosofía clásica, tanto por su sintaxis como por su vocabulario. Pero para realizar dicha sustitución era necesario un lenguaje lógicamente perfecto del que cualquier ambigüedad estuviese ausente. Russell presenta como ejemplo de lenguaje lógicamente perfecto el expuesto en el libro *Principia Mathematica* (1910-1913) del que es coautor junto a Alfred Whithead. Es un texto situado entre Frege y Godel, y representa el intento de formalización de la matemática clásica.

2. La aspiración a la verdad referencial exigía un criterio de significado de los enunciados que permitiera valorar la relación entre dicho y hecho. Con ello, además conseguiríamos un criterio de demarcación entre ciencia y no ciencia. El criterio canónico entre los seguidores del Círculo de Viena afirmaba que el significado de una proposición es el procedimiento que nos permite verificarla, entendiendo por verificarla lo mismo que contrastarla con la experiencia por medio de una serie de operaciones (observaciones, medidas, etc.).

3. Las proposiciones de la metafísica, la ética y la estética en tanto carecían de referentes empíricos y tenían una defectuosa formulación desde el punto de vista de la lógica matemática eran consideradas proposiciones que carecían de sentido y excluidas de la ciencia.

4. Esta articulación entre lógica y referencia quedaba claramente expresada en la tesis de L. Wittgenstein del *Tractatus* “el lenguaje comparte con la realidad la forma lógica de las proposiciones y, las proposiciones significativas, con sentido, son representaciones isomorfas de hechos posibles”.

5. A partir de este criterio, el conocimiento humano para el positivismo lógico, en tanto filosofía de la ciencia, quedaba dividido en científico y no científico o sin sentido (metafísica, ética, estética). Dentro de la ciencia podía

diferenciarse el conocimiento formal (analítico, teórico) y el conocimiento empírico (sintético, observacional). Las proposiciones del conocimiento formal habían de ser verificables por métodos lógicos y las proposiciones empíricas habían de ser verificables por comprobación empírica.

C. Fue necesario que, no sólo la verdad como consistencia lógica y en su dimensión referencial fuera puesta en cuestión, sino también que la pregunta por la realidad, los hechos, la materia, recibiera respuestas que carecen de unanimidad, para que el lenguaje pasara de ser considerado como representando la realidad en la ciencia a crearla, hasta llegar al momento actual formulado por algunos como una etapa de la post-verdad.

Cuestionamiento de la filosofía de la ciencia positivista

La dimensión de la verdad referencial que sostenía el criterio de demarcación entre ciencia y no ciencia, basado en la verificación, fue cuestionada desde diferentes aspectos:

Fue criticado por Popper con tal peso que dicho criterio fue escorando a otros nuevos como confirmación (Carnap) o falsabilidad (Popper). Para Popper había enunciados del psicoanálisis o del marxismo que se podían verificar, siendo para él disciplinas que caían directamente en el apartado de pseudociencias.

Si el Wittgenstein del *Tractatus* afirmaba que la lógica suministra la estructura del lenguaje y de la realidad, en *Investigaciones Filosóficas* afirma que el lenguaje ordinario es más rico que la lógica y esta no puede darnos ninguna pista para entender aquel y, menos aún, para averiguar en qué consiste la realidad. El significado del lenguaje no es ya su referencia sino su uso. No sólo utilizamos el lenguaje para “describir” hechos como hace la ciencia, sino para rogar, ordenar, crear belleza, etc. Cada una de esas funciones emplea palabras y da lugar a un juego de lingüístico distinto. Es dentro de cada juego donde un término adquiere significado.

La suerte del criterio empirista de significado, fundamental en el Empirismo lógico, estaba cuestionado desde distintos ángulos.

Esta última tesis de Wittgenstein fue retomada por Austin (*¿Cómo hacer cosas con palabras?*, 1962) y Searle (*¿Qué es un acto de habla?*, 1965).

La garantía de verdad como consistencia lógica, fue demostrada como imposible por Godel. En 1931 publica un trabajo titulado “*Sobre las proposiciones formalmente indecidibles de los Principia Mathematica y sistemas conexos*”, donde toma como objeto de estudio metamatemático el sistema formalizado de los *Principia*. Se pregunta si es completo y si se puede garantizar que a partir de los axiomas no se va a derivar ninguna contradicción. Concluye que hay fórmulas correctamente construidas dentro del sistema formal, que además son verdaderas en el sentido en que afirman que todo número entero tiene tal propiedad que se puede verificar, pero que ni ella ni su negación son deducibles a partir de los axiomas. Por tanto el lenguaje perfecto buscado es un sistema incompleto. Por otra parte, concluye Godel, que la aritmética básica no puede demostrar su propia consistencia en el interior de sí misma por un análisis metamatemático, de modo que es imposible demostrar la consistencia de ningún sistema matemático más complejo.

En 1962 Thomas S. Kuhn publica “*Estructura de las revoluciones científicas*” donde aparece el concepto de paradigma y una forma de estudio de la ciencia. Allí afirma que dos científicos con distinto paradigma mirando el mismo objeto, uno ve patos y el otro, conejos.

Por otra parte, la mecánica cuántica ya había puesto de manifiesto los efectos del observador en lo observado.

Entonces, ¿Qué es hoy la ciencia?

En la ciencia estamos acostumbrados a pensar una relación entre el enunciado y su real.

a. Por el lado del enunciado, Jesús Mosterin⁷ dice: “actualmente no hay un lenguaje unificado de la ciencia, no hay un único método de la ciencia, no

⁷ JESUS MOSTERIN, Prologo a “Filosofía y análisis del lenguaje” de J.J. Acero, Madrid, Ediciones pedagógicas, N° 33, 2004.

hay una única descripción verdadera del mundo. En realidad no sabemos muy bien lo que la ciencia es. Pero está claro que la ciencia no es un conjunto de enunciados verificables acerca de nuestras impresiones sensibles”, como pretendía el empirismo lógico.

b. Por el lado de lo real, C. Ulises Moulines, afirma que se ha visto obligado a proclamar que no puede ser materialista porque no sabe que es la materia. Unas tesis que tienen un aire familiar con la de J. A. Miller cuando sostiene que “la época actual está atrapada en el movimiento de una desmaterialización vertiginosa que coronará de angustia la cuestión de lo real. Una época en la que el sentido de lo real se volvió un interrogante”.

V. MENTE Y CEREBRO

A. La modernidad también dejó una serie de oposiciones, importantes para nuestro tema en tanto nos dan el marco de las teorías sobre el sujeto. Me refiero a los dualismos naturaleza –espíritu, instinto– razón, sensibilidad –entendimiento, saber científico– creencia, fe.

Oposiciones que fueron pensadas de distintas formas a lo largo del tiempo, en función de la tesis filosóficas y científicas dominantes en cada momento. En ocasiones de forma dualista (Descartes, metáfora de ordenador de la psicología cognitiva), en ocasiones eliminando uno de los polos de la oposición como en los monismos psicofísicos tanto del conductismo como en la famosa “década del cerebro” de los años 90.

B. El empirismo lógico del Círculo de Viena tuvo al conductismo como la única teoría de la mente de carácter científico.

Actualmente hay un amplio consenso alrededor de la tesis que afirma que el sujeto humano se comporta de tal manera, que muestra un alto grado de autonomía funcional e independencia no aleatoria con respecto a los estímulos inmediatos del medio descritos en términos físicos; es decir, el hombre no es una rata, aunque en ocasiones sea difícil realizar un diagnóstico diferencial.

Sin duda, la década de los 50 fue el momento de crisis generalizada de prácticamente toda las tesis vinculadas a empirismo lógico, también a nivel de concepción del aparato psíquico. En 1948 se celebra en Pasadena (California) un simposio patrocinado por la fundación Hixson. En él se realiza la crítica más profunda del conductismo y la sustitución de dicho paradigma por la teoría cognitiva.

Ender Tulving y Michel Madigan en los 60 y John Flavell en los 70, ponen en escena los procesos metacognitivos. Premack y Woodruff (1978) estudiando el comportamiento de la chimpancé Sara, se dan cuenta de que realiza una serie de procesos más tarde englobados como procesos de mentalización.

C. Cognición, metacognición y mentalización se articulan en la llamada Teoría de la Mente; una teoría que parte del siguiente supuesto: el aparato psíquico es una estructura y, por tanto las funciones y alteraciones de la misma no se dan aisladas. Para los teóricos de esta corriente hay una estrecha relación entre pensamiento conceptual, la conciencia reflexiva humana (autoconciencia, metacognición), la capacidad de inferencia y computo sobre el mundo mental de los demás (mentalización), la comunicación interpersonal o la capacidad de elaborar planes y proyectos propios.

De tal manera esta estructura funciona articulada, que el que tenga problemas a la hora de utilizar el lenguaje de forma metafórica, con las posibilidades de polisemia y sinonimia, también los tendrá en las operaciones de mentalización. En determinadas estabilizaciones de psicosis con este tipo de problemas, vemos que el paciente no escucha nada más allá de lo que se dice, ni percibe nada más allá de lo que se ve.

La Teoría cognitiva –soporte de la Teoría de la Mente– tiene entre sus propuestas más difundidas la metáfora del ordenador para explicar la relación mente-cuerpo: la mente sería el programa (lenguaje) y el cuerpo biológico sería el hardware. De este modo, la intersección de las cualidades básicas del aparato psíquico tales como motivación, emoción y cognición tienen como referencias últimas biología y lenguaje, como una forma particular de la relación pensamiento (palabra, símbolo, concepto) - cosa.

La capacidad de representar la realidad exterior y las propias necesidades (sexuales, emocionales y afectivas) tiene las mismas referencias.

Ahora bien, el concepto de necesidad supone una estructura de homeostasis cuya esencia es un principio interno de autorregulación y adaptación al medio. Si esta estructura se desequilibra, decimos que el individuo se encuentra en “estado de necesidad” y por tanto necesita un objeto, apropiado a esa necesidad para que se pueda volver al estado de equilibrio u homeostasis. Para conseguirlo, el ser humano dispone de la capacidad de representar la realidad a partir del lenguaje. Las demandas serían las representaciones simbólicas, psíquicas, llamadas deseos, de cada una de las necesidades.

Esta es una presentación simple de la articulación entre necesidades, capacidad de representación, capacidad simbólica.

Al final se trata de un modelo de capas en el cual nada se pierde del orden de la necesidad, que sin embargo tiene diferentes posibilidades: si un mono tiene sed, es capaz de correr por instinto hacia un río y satisfacer esa necesidad.

Si el hombre tiene sed puede analizar la información a su disposición –“Bar Mari-Pili” a 300 m–, y tomar la decisión de acercarse al lugar.

Si en vez de ser un hombre maduro es un niño, puede entonces pedir; “mamá, ¿me traes un vaso de agua?”. Esa demanda no sería más que la presentación verbal de la necesidad. Satisfacer la demanda sería lo mismo que satisfacer la necesidad. Pero si cuando la mamá se acerca con el vaso de agua, dice “¡yo la quiero en el vasito azul!”, uno empieza a entrever que ahí hay demanda que no es exactamente la representación de la necesidad. Cuando en la siguiente vuelta ya la pide en el “vasito azul, pero grande y con flores”, ya la cosa provoca un parón.

Volvamos entonces sobre la teoría. El aparato psíquico representa –a través del lenguaje– las necesidades como deseos y por tanto, aquellos deseos que sean expresión de necesidades serán deseos objetivos, reales, en tanto expresan la conciencia de las necesidades; pero vía lenguaje se pueden plantear deseos que no correspondan a necesidades –“que el vasito sea azul y con flores”–. En este caso, ¿frente a que estamos?: ¿es un deseo alienado

por la sociedad de consumo? , ¿es expresión de capricho si lo hace un niño? ¿es una demanda de un signo de amor?.

Si una demanda así admite tales posibilidades, diferenciar unas de otras se transforma en un objetivo de primer nivel desde un punto de vista terapéutico, incluso de la planificación política.

Se le preguntó a la sociología, a la antropología, cuáles eran las necesidades reales de la gente, y apareció el relativismo cultural; también se le preguntó a la ciencia ¿que tengo que comer?, ¿cuánto tiempo tengo que correr al día?, ¿cuántas relaciones sexuales a la semana?, etc. La cuestión es que la ciencia puede decir cuáles son las necesidades de un organismo biológico para mantener su homeostasis pero no de un sujeto.

En todo caso, la Teoría de la Mente complementada por el cerebro, más la concepción oportuna sobre la relación entre ambos, conforman un sistema válido para todos, del que está excluido la singularidad de cada uno. Implica un aparato teórico importante a partir del cual cada sujeto, incluso cada sistema en el que participa, puede ser objeto de estudio a partir del cual poder determinar –por un experto– si ese sujeto representa de manera objetiva la realidad y sus necesidades, así como si las satisface dentro de un marco de valores apropiado.

Llamamos modernos a los modelos sobre aparato psíquico, desarrollo cognitivo (como por ejemplo el de Piaget), o estrategias psicoterapéuticas que tengan un carácter general que supongan un experto que conoce más objetivamente que uno mismo los déficits y necesidades que le son propias así como las estrategias para solucionarlos del que se erige director del proceso en función de sus conocimientos. El médico es el paradigma de este tipo de modelos, y si alguien tiene un ictus, un experto es lo más recomendable.

D. (*Psicoanálisis*). La relación mente-cuerpo, la relación biología-lenguaje como casos particulares de la relación símbolo-cosa, a partir de la metáfora del ordenador citada, es pensada en una relación de exterioridad, el lenguaje tiene una función instrumental y hace imposible explicar un síntoma conversivo donde el lenguaje interfiere en la biología.

El psicoanálisis plantea que la constitución del aparato psíquico como

efecto del lenguaje incluye –en un primer momento– al cuerpo en tanto cuerpo pulsionado como un real interior al propio aparato psíquico que supone la exclusión del sujeto de la necesidad, del objeto de la necesidad y de las leyes de la homeostásis. La diferencia entre el instinto y la pulsión, es que esta última puede satisfacerse con un objeto totalmente ajeno a la necesidad en tanto va a ocupar el lugar vacío dejado por la exclusión de esta última. Posteriormente, a nivel de la castración, la pulsión es retomada a nivel psíquico como fantasía. Es una de las vías para pensar la articulación “mente-cuerpo” superando la relación de exterioridad entre ambos. Todo ello tiene como consecuencia la diferencia entre necesidad, demanda, deseo, amor y goce o entre saber y verdad.

El psicoanálisis, a partir de Lacan, diferencia dos caras de la verdad: por un lado, una verdad estrictamente formalizada a partir de la cual la ciencia opera sobre lo real de la física y/o fabrica objetos que surgen de la imaginación de los sujetos; una verdad formal que se reduce al manejo de letras y números y a la que Lacan se refiere con el término saber. Por otro lado está la verdad singular del sujeto que dice como síntoma el sufrimiento que la ciencia excluye, en tanto el síntoma es precisamente lo que hace que cada uno, en algo, no logre hacer absolutamente lo que le está prescrito por el discurso de su tiempo. Dicho de otro modo para el tema que nos ocupa, la universalización de la ciencia, actualmente como discurso hegemónico, choca con la singularidad del síntoma.

En nuestro campo somos destinatarios, receptores de esa verdad subjetiva como sufrimiento excluido por la ciencia. Un sufrimiento que hunde sus raíces en los efectos del lenguaje sobre el cuerpo con las consecuencias de negativización del instinto y surgimiento de la pulsión.

A la relación entre la verdad como sufrimiento y la verdad como saber nos podemos aproximar a través de la relación entre una verdad indecible y el saber consistente para Godel. Están articuladas, pero una excluye a la otra. Una proposición indecible puede ser verdadera pero no se puede demostrar, ni ella ni su negación, a partir del conjunto de axiomas de partida. A partir de un saber consistente se pueden derivar protocolos pero siempre se escapará una verdad. Hoy presentar el sufrimiento singular

como parálisis conversiva es muy complicado porque la neurología te atrapa como histeria. Pero como el inconsciente aprende, puede presentar dicho sufrimiento como fibromialgia donde finalmente lo que cuenta es si el paciente dice “me duele”. Y ahí, aún no lo atrapa la ciencia.

No se trata por tanto de una cruzada humanista contra la ciencia, sino que se trata de indicar los límites de la misma cuando lo que está en juego es el sujeto y este manifiesta su singularidad en el síntoma, en el deseo, amor, goce, también en la elección del partenaire, en la ética, etc.

VI. POSTMODERNIDAD. PSICOTERAPIAS NARRATIVAS.

El pensamiento postmoderno supone nuevas respuestas a preguntas básicas que atraviesan la historia del pensamiento; preguntas como “¿Qué relación hay entre las palabras y las cosas?” o ¿en qué consiste el significado de una expresión? En tanto que las respuestas afectan al estatuto del saber y a sus formas de legitimación.

Si la modernidad propuso la razón abstracta, sistemas filosóficos, valores y ética con carácter universal; si concibió la ciencia –a partir de la física de Newton– también como única y universal manera de representar una realidad que existe separada del observador pero susceptible de ser conocida de forma objetiva”. Todo ello fue cuestionado y, a partir de ahí se abrió la posibilidad de sostener nuevas tesis como “el lenguaje no representa la realidad, la constituye”.

Fue necesario pasar por “no creer en los metarrelatos”, el cuestionamiento de la epistemología positivista y la desaparición del paradigma conductista –tan científico– para que la tesis “el lenguaje no representa sino que construye la realidad” pudiera plantearse.

Al hacerlo, aparece igualmente cuestionado lo que se entiende por conocimiento, realidad, identidad, verdad, historia, poder, etc.

A nivel subjetivo, a parte de la aplicación de las anteriores categorías al caso, también se cuestiona como se ve implicada la relación mente cerebro

previa en tanto las palabras “no reflejan o expresan” sino que dan forma y significado a nuestras experiencia, sentimientos y afectos.

Todo ello tiene consecuencias en el trabajo terapéutico y en la posición del terapeuta en relación al paciente/cliente:

1. En las psicoterapias dentro de la tradición moderna se parte de que el terapeuta posee un conocimiento experto sobre la naturaleza humana, sabe cómo deben ser las personas y las relaciones humanas sanas y, desde ese saber se posiciona como observador objetivo del caso, realiza un diagnóstico y planifica las intervenciones con el objetivo de que el paciente/cliente recupere la normalidad de acuerdo con el metarrelato de referencia, por ejemplo la teoría de la personalidad u otro. Sin duda esta estructura supone una diferencia de jerarquía entre terapeuta y cliente/paciente.

2. En las psicoterapias postmodernas todas esas categorías son cuestionadas:

–2 a. El proceso terapéutico es visto como una actividad conversacional a través de la cual le damos significados a nuestras experiencias en el mundo, una actividad en la que participan conjuntamente terapeutas y clientes como compañeros o socios por fuera de cualquier jerarquía, dado que el terapeuta no es el experto que sabe a partir de un discurso universal y por tanto homogeneizador, por ejemplo la Teoría de la personalidad.

– 2b. Las experiencias a considerar en la relación terapéutica son introducidas fundamentalmente por el cliente/paciente; luego son consideradas desde diferentes perspectivas o puntos de vista desde donde el cliente elabora las respuestas a sus preguntas sin la pretensión de que tales respuestas supongan una coherencia interna ni en relación a cualquier teoría.

– 2c. Para distintas corrientes psicoterapéuticas de la postmodernidad, todos, incluidos los terapeutas, entendemos las cosas desde alguna perspectiva, desde algún Ideal del yo. La consecuencia que cierra el círculo es No hay objetividad. En la toma de decisiones pueden participar otras personas además del terapeuta cliente. Las decisiones tienen un aire de comité.

3. Resaltamos entre sus propuestas, las siguientes tesis:

- 3a. Un sujeto desde su punto de vista, su ideal, elabora los significados de la experiencia personal.
- 3b. El Ideal no está ocupado por un metarrelato universal y válido para todos sino por distintas ideas que no tienen por qué ser consistentes entre sí; son elaboradas por cada uno, en un movimiento de valorización de la diferencia y crítica de la homogeneización.
- 3c. Dado que la experiencia se elabora desde este punto de vista, cada uno con el suyo, no hay ninguna pretensión de objetividad.

4. La tesis “el lenguaje no representa, si no que construye la realidad” es central en las nuevas psicoterapias. En distintos autores, una realidad simbólico – imaginaria completamente desenganchada de lo real. Al contrario que en la epistemología positivista, no es tan importante el hecho, como la forma y el punto de vista desde donde se dice el dicho.

5. El punto de vista desde donde se habla no es la actividad metacognitiva, es el punto de apoyo de la misma, que igualmente es el punto de apoyo de los metarrelatos, paradigmas o I(A). Cambia el hecho de que en los metarrelatos tienen vocación universal y las narrativas tienen vocación particular.

Diferencias psicoanálisis discurso modernidad y postmodernidad (narrativas)

Un paradigma comparte con un Ideal el ser ventanas simbólicas a partir de las cuales se da significado a lo percibido; pero además un Ideal es el lugar desde donde el sujeto se ve –como es visto por el Otro– bajo la forma en que le agrada ser visto. Es decir que al potenciar esta dimensión, se potencian identidades yoicas reducidas al fantasma. Fantasma y realidad se acaban confundiendo, cuestión totalmente excluida en la modernidad.

El psicoanálisis, por el contrario va en la dirección de provocar la disyunción entre el sujeto y el Ideal, de tal manera que toda construcción de identidad del yo de carácter simbólico-imaginaria aparece como semblante e imposible de suturar la división subjetiva.

A una identidad simbólico-imaginaria, lista para llevar, que posibilite empoderarse –no ya emanciparse– en esa matriz de conexiones –desconexiones que es la sociedad para Bauman, el psicoanálisis opone su referencia a un real que se expresa en el síntoma, en la repetición, en el goce, en acto ético, en la singularidad subjetiva. Una referencia que se escapa al ideal y a partir de la cual puede surgir –a través de la interpretación– un deseo singular donde había sufrimiento y goce.

El psicoanálisis opuso a la razón universal y a la conciencia objetiva de la modernidad, el inconsciente, el pensamiento inconsciente.

En la actualidad opone, a la construcción simbólico imaginaria de la postmodernidad, lo real como referencia.

La dieta y el antibiótico

Rubén Touriño Cantón. Psiquiatra
Sant Joan de Deu. Barcelona

Correspondencia: rtourio@hotmail.com

Buenas tardes y muchas gracias al comité organizador por la invitación. En el programa de las jornadas verán que figura como título “Una pulgada de goce”: una medida como el intento de limitar algo que resulta excesivo estará presente en lo que me gustaría compartir. Si bien finalmente he titulado a este relato clínico *la dieta y el antibiótico* pensándolos como dos elementos que sirvieron de orientación en la atención clínica. El primero, permitió iniciar una serie de encuentros; el segundo, tendría su importancia por los *efectos secundarios* no descritos en la ficha técnica que sorprenderían al propio prescriptor; pero dejémonos de *spoilers* y vayamos al asunto.

El periodista Guillem Martínez, durante el estallido del PSOE hace mes y medio, apuntaba lo siguiente: “No siempre implosiona un partido del Régimen del 78 ante nuestras narices. De hecho, es algo que no estaba previsto. ¿Qué ha pasado? Es muy posible que sólo se sepa al final de la crisis, cuando se pueda observar con claridad qué función ha tenido, y quiénes han sido sus beneficiarios. En el ínterin, les dejo una serie de puntos, aún no unidos por una raya, que pretenden ofrecer claves de lo que está pasando.”⁽¹⁾

Puntos aún no unidos por una raya; seguro recuerdan aquellos pasatiempos en los que al unir mediante un trazo una serie de marcas numeradas, siguiendo un orden determinado, surgía una figura.

Había allí un saber dibujado, a descifrar mediante el recorrido de un camino ya marcado. Pero en la clínica, tal vez se trata más bien de tomar puntos de orientación con aquello que se nos presenta, habitualmente dificultades, sin poder precisar a priori cuál es el itinerario a recorrer, porque éste no está prefijado como en los libros de colorear, sino que ha de ser

trazado por el sujeto que nos ocupa, quien a su vez puede valerse de alguno de los puntos de apoyo que se le ofrezcan.

Javier –nombre figurado– es un hombre que llega a la ciudad procedente de otro lugar; hace años que se había ido de la casa familiar, viviendo en la calle, excepto durante un tiempo que encontró acogida en una congregación religiosa, de la que fue invitado a salir al no ser considerado un candidato adecuado a la misma. Aquello que él pensaba como una solución para su vida, no fue posible.

Una trabajadora social con quien se encuentra en la calle le ofrece un alojamiento en un hostel y, unas semanas después, le propone visitar a un psiquiatra porque, según ella, había algo que no marchaba: le parecía que se relacionaba poco o nada con los demás, que se interesaba por cómo poder conseguir un dinero para vivir por su cuenta, lo que juzgaba muy razonable, pero no era capaz de enunciar ninguna propuesta para ello, excepto la reiteración en mediar para que fuera aceptado nuevamente en alguna orden religiosa: él ya lo había intentado en varias ocasiones, obteniendo respuestas negativas.

En el primer encuentro, preguntado si hay algo que le preocupa, señala que sí: el hábito intestinal; hace tiempo que se le presenta diarrea o estreñimiento, sin orden ni concierto; en los días siguientes le facilitarían consulta con un médico de cabecera y un especialista en el aparato digestivo.

Se pone en marcha un nuevo proyecto municipal de atención social a ciudadanos sin hogar que hacen uso de drogas y/o padecen alguna patología psiquiátrica: consiste en facilitar un apartamento individual en régimen de alquiler, cuyo importe es subvencionado por el ayuntamiento, a cambio de aportar un pequeña parte de los ingresos económicos y permitir un encuentro semanal en la vivienda con los educadores sociales referentes de dicha atención. Javier, que durante este tiempo accede a una pequeña prestación económica, acepta la propuesta y comienza a vivir solo en su nueva casa.

A los pocos días, los vecinos se quejan al administrador de la propiedad de golpes y gritos procedentes del piso, grabando el audio con un móvil a

modo de prueba; que haya quejas del vecindario podría ser un motivo para tener que abandonar la vivienda. Los educadores le preguntan por estos golpes y gritos: él también los ha escuchado ya la primera noche, no situándose como agente de ninguno, y añade que tampoco se encuentra a gusto en la vivienda apuntando a las dimensiones reducidas de la misma. Ante las quejas de la comunidad de vecinos y la demanda de Javier, optan por ofrecerle otra vivienda, en otro barrio.

En las citas que se sostienen durante este tiempo, no hablará sobre “golpes”. Lo que le ocupa es la alimentación.

LA DIETA

Se alimenta de pan, aceite y queso, combinados en diferentes proporciones, tomando el número diario de deposiciones como la referencia de lo que podía ingerir: si ha de ir al aseo más de tres veces al día significa que la dieta “no le cae bien al cuerpo” y ha de introducir alguna modificación. Los educadores se muestran preocupados por esto, y pensamos que podría ser una razón de los síntomas digestivos, que por otra parte los especialistas médicos no situaban en relación a ninguna patología.

Jacques-Alain Miller en el texto *La invención psicótica* propone, siguiendo la orientación de Jacques Lacan, que “somos todos esquizofrénicos porque el cuerpo y los órganos del cuerpo nos hacen problema, salvo que, nosotros adoptamos soluciones típicas, soluciones pobres”⁽²⁾. Tal vez adoptar lo que se entienda por dieta atlántica, mediterránea, etc. es una de esas soluciones *pobres* que compartimos; seguramente que tampoco ninguno de los que estamos aquí comemos exactamente lo mismo, aunque nos podamos identificar con alguna de estas modalidades, sin que ello nos genere un enigma ni tampoco gran inquietud, excepto cuando se aproxima la *operación bikini*.

Javier había de inventar un modo de alimentarse. A veces probaba a introducir algún alimento distinto, invitado a introducir más *variedad* por quienes hablamos con él, pero si luego tenía que ir al baño tres o más veces, le resulta incómodo y excesivo. Irá estableciendo diferentes combinaciones permitiéndose enunciar alguna pregunta: un día llamará preguntando si

beber *un vaso* de agua al día es suficiente. ¡No sabía qué responderle! Dije que probara con tres y que me llamara de nuevo para decir cómo le había ido. En otro momento comenta que ha probado a reducir el aceite, y en lugar de un vaso al día, toma medio; ¡lo que yo desconocía es que las medidas se referían a vasos de plástico con capacidad de 1 litro! Le digo que tal vez eso es “mucho”, entonces pregunta cuánto no es “mucho”. También, si decide aumentar la cantidad de un alimento, esto pasa por reducir la de otro; es como si hubiera de mantenerse una constante en lo que ingiere, y que la cuantificación, a modo de operar con lo simbólico que permite nombra y separar, en el ámbito de lo que introduce en el cuerpo, se presentara como algo bien complicado; lo que contabiliza y de lo que se separa es de lo que cae del cuerpo.

Mostrar cierto interés por cómo va su investigación sobre la alimentación supondrá un primer modo de poder continuar los encuentros.

DEL APARTAMENTO AL HOSPITAL

Ya en el nuevo apartamento, se repiten las quejas de los vecinos ante golpes y gritos procedentes de la vivienda. Puede que también tenga que abandonar este piso... Uno de los educadores le propone que lo llame al teléfono si vuelve a repetirse eso de lo que poco ha podido decir hasta el momento, pero que comparte sucede: él también ha escuchado aquello de lo que se quejan los vecinos.

Hay una apuesta institucional fuerte, el proyecto de vivienda se presenta desde los servicios sociales como pionero en el territorio, y ha de demostrarse que funciona, consistiendo el éxito en que los ciudadanos que participan de él, bajo algún diagnóstico psiquiátrico, pueden sostener la vivienda. ¡Prohibido fracasar!

La posibilidad de que en este caso dicho proyecto naufrague y la incertidumbre frente a cómo continuar la atención tanto clínica como social, ponen sobre la mesa la posibilidad de una hospitalización y la introducción de una medicación pensando todo ello como una eventual solución a lo que acontece: los golpes de los cuales se quejan los vecinos en cuanto ruido procedente del apartamento, y aquellos de los cuales da cuenta nuestro

paciente y que tomamos como síntoma alucinado, con la consecuencia, en ambos casos, de no poder hacer uso de un piso.

Así, nuevamente, ha de abandonar esta segunda vivienda, y se le propone alojarse en un hostel mientras solicitamos una habitación en un centro hospitalario.

La acogida hospitalaria tendría consecuencias para Javier pero también para los educadores sociales y el psiquiatra que le atienden.

“NO ES UN PROBLEMA DE LA MEDICINA”

Durante la estancia de un mes en el hospital, mantenemos igualmente citas en la consulta; algunas programadas, otras cuando él lo solicitaba.

Comienza a hablar de algo hasta el momento no dicho: lo que le sucede se inició años antes, cuando estaba en la casa familiar: en su cuarto comenzó a oír los golpes, luego también fuera de la vivienda, así como insultos dirigidos hacia él allá por donde iba. Pensó en irse a otro país; no conocía el idioma, pero quizás por su aspecto allí pasaría desapercibido.

Advierte que lo que le pasa “no es un problema de la medicina”: unas personas producen un ruido que son como “golpes”, “martillazos”; concluye que hay gente que no le quiere, y genera esos martillazos. “Si alguien no me quiere que me lo diga, que me den un papel donde ponga si me quieren o no, y me voy”, “que me den unos papeles para que esta gente no me siga molestando” es algo que enunciará en varias ocasiones.

Sitúa también dificultades en el encuentro sexual con otros, lo mismo que para la masturbación: suceden “cosas”, “ruidos” que vienen a incomodarle. La emasculación como una posible solución que pensó a este problema: al apuntar la radicalidad de tal posibilidad, me dice que, en tal caso pediría cita con cirujanos que hicieran este tipo de intervenciones quirúrgicas, tomando las debidas precauciones frente a la literalidad de su enunciación de “cortarse la polla”; sugiriendo lo complicado que resulta para los seres hablantes aquello que remite al encuentro sexual, consiente aplazar un acto de este calibre.

EL ANTIBIÓTICO

Al mismo tiempo, advertía las dificultades para continuar alojado en el hospital, sobre todo en lo que tenía que ver con la comida y los fármacos.

El menú; le resultaba difícil aceptarlo. Desde la planta se le animaba a que comiera lo mismo que los demás. La dieta hospitalaria le era presentada como adecuada, nutritiva, equilibrada... (Incluso se podría pensar: ¡qué comida más *saludable* sino aquella que se ofrece en un hospital!). Pero en todo esto había algo que no era del orden del aprendizaje, algo no educable, como el goce ⁽³⁾.

Los fármacos. Desde el hospital se le propuso hacer uso de neurolépticos. Si los alimentos podían tener efectos secundarios sobre el cuerpo, las misma prudencia guardaba con respecto a incorporar vía oral otras sustancias, no consintiendo hacer uso de los mismos.

Días antes del ingreso, había acudido al médico de cabecera por la infección en una uña de la mano; la doctora le recetó un tratamiento antifúngico por vía oral que no llegó a comenzar; yo le preguntaba sobre esto, le sugería que tal vez podría probarlo y si le sentaba mal que dejara de tomarlo... en el fondo insistía en esto pensando en que tal vez sí, un neuroléptico podría ofrecer algún alivio, y por otro lado temía que si no aceptaba fármacos, tarde o temprano esto sería un conflicto para permanecer en la unidad hospitalaria, donde una vez establecido un diagnóstico, se orientaba la medicación como la prescripción sin la cual no había mucho más que hacer, corriendo el riesgo de quedarse nuevamente en la calle a falta de otro techo.

Digamos que durante un tiempo me puse a trabajar para el discurso que atribuía a la institución, tanto la del hospital –el paciente ha de aceptar un fármaco– como la social –el paciente ha de estar alojado–; hasta que algo insostenible se precipitó y permitió retomar una apuesta por el sujeto, compartida con los educadores sociales, aún al precio de tener que hacer con la incertidumbre de no disponer de un recorrido predeterminado.

Un día acudió a una farmacia a pedir otra opinión sobre la infección de una uña; le dijeron que precisaba un antibiótico. Me pregunta si le puedo prescribir uno que ya había tomado hace años; procedo, pensando en inaugurar

así la posibilidad de un uso de fármacos a partir de cierta transferencia; al mismo tiempo, en cuanto estaba hospitalizado, aviso en la planta de que he realizado dicha prescripción.

El efecto secundario del antibiótico que no constaba en la ficha técnica fue el alta hospitalaria.

Se insiste en que, si ha de tomar un fármaco, éste ha de ser supervisado desde el control de enfermería; Javier no consentía a esta exigencia, quería tener el antibiótico en su cuarto; desde la unidad se apunta que no es el recurso para él porque no acepta el uso de los fármacos que le proponen ni consiente que supervisen aquellos que él acepta, sugiriendo solicitar una hospitalización en una unidad de larga estancia. No quiere estar allí más tiempo; le pregunto si con lo que ha ahorrado durante el último mes se puede pagar unos días en el hostal; así hizo. Desde entonces y por el momento, se sostienen citas habitualmente semanales.

Los educadores se permitieron igualmente continuar acompañando a Javier y apostaron por facilitarle una tercera vivienda, hacia la cual se ha tomado su tiempo: ha estado varias semanas en hostales, pero desde hace un par de meses, la utiliza para dormir.

HACER SITIO AL SUJETO

Me llamaba la atención que cuando hablaba de la dieta, lo mismo que de la afectación de la uña, no daba cuenta en esas citas de los fenómenos xenopáticos; me pregunto si estos intentos de regular algo en el cuerpo a través de lo que ingería, podrían en efecto ser una tentativa de regular un goce a falta de una significación fálica; igualmente si la infección contenida en una pulgada, condensaba y localizaba algo del mismo orden. También si la vida en la congregación religiosa, con las leyes/votos que allí regían, como el de castidad, podrían haber tenido algún efecto similar del cual él hiciera uso.

Todas estas *elucubraciones*, evidentemente no son dirigidas al paciente en cuanto no estamos en el registro de lo interpretable, más bien al contrario, como apunta Vicente Palomera en *Pioneros de la Psicosis*, se trataría de “desabonarse de la interpretación”, en cuanto esa es ya la vocación del psicótico,

su vocación por la interpretación, es decir, por complementar el goce y la significación del Otro, situándose como objeto que falta al Otro, al universo de discurso⁽⁴⁾, pero permitieron preguntarse por cuál es la lógica que rige al sujeto, cuál la función de sus síntomas; y compartirlo con los referentes de la atención social tuvo efectos en cuanto relanzar un interés, no tanto del lado de identificarse a quien tiene el remedio a lo que le ocurre, sino hacia cómo situarse para acompañarle en las posibles soluciones que él iba encontrando.

Tomando esta misma referencia bibliográfica, *Pioneros de la psicosis*, destacar la apuesta del psicoanálisis al considerar la psicosis no como déficit sino como posición subjetiva en la que hay un rechazo a las identificaciones comunes, identificaciones “por cuyos rieles las personas se deslizan en un discurso normalizado” y sin las cuales el psicótico se queda sin defensa ante lo real del goce. Rechazada una solución común, universal, se ve obligado a inventar una solución nueva, singular⁽⁵⁾.

DE LA ORTOGRAFÍA A LA ESCRITURA

Así, una de las primeras soluciones para soportar los fenómenos que le concernían era irse unos días a un hostel cuando sentía los “martillazos” en la vivienda, pero no podía pasar muchas noches porque no le alcanzaba el dinero.

Aprovecharon entonces los educadores para proponerle la posibilidad de explorar un acceso al mercado laboral –a propósito de un trabajo remunerado– pensando los recursos de inserción / formación laboral no solo como un fin en sí mismos, sino como la oportunidad de que él pudiera servirse de algo de lo que allí acontece.

Se concierta una cita con una entidad del ámbito del empleo protegido; Javier expone su propuesta: que le ayuden a poner en marcha un pequeño comercio que regentaría él solo. En la entidad de inserción laboral, le dicen que ellos no disponen de los medios para financiar su proyecto; por no tener, no tienen tampoco ofertas laborales que ofrecerle. Pero le invitan a iniciar alguna actividad formativa para ampliar su currículum. Me digo en voz alta si allí habrá algo a aprender que pueda resultar de su interés, a lo que responde

que “en la escuela era bueno en ortografía” y que tal vez eso es importante en cuanto a la formación. Pregunto si escribe sobre lo que le sucede, dice que no, enunciando nuevamente que cree que la ortografía puede ser importante; puede serlo, digo, aun no comprendiendo gran cosa.

En la siguiente cita, presentará una pequeña hoja con una serie de frases escritas: “aquí están las cosas de las que creo que hemos de hablar”; era la primera vez que utilizaba la escritura para dar cuenta de lo que le afectaba: que por la calle le digan palabras que le resultan ofensivas, que ambulancias y coches de policía aparezcan allá por donde él vaya, pregunta si yo podría hacer algo, puesto que trabajo en un hospital, y las relaciones con las mujeres –otros le impiden tener encuentros sexuales.

En una de las últimas citas, tras mostrar lo que ha escrito esa semana, explica que durante la noche sucedió lo mismo que otras veces le había llevado a dejar el piso y pasar unos días en el hostel: los golpes. Al igual que en ocasiones previas, lo primero que hizo fue llamar por teléfono a uno de los educadores para dar cuenta de ello –tal vez dejando así una constancia de aquello un tanto indecible– pero esta vez no había tenido que irse del piso, y apuntaba algo más: que los golpes no son tan intensos como hace un tiempo, ni tan frecuentes, también que no es tanto el ruido lo que molesta sino el que se trate de “golpes que dicen, golpes que señalan que puede haber algún problema”. Vuelve a reiterar: “si no me quieren, que me lo digan por escrito y me voy”.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Sin comprender todo lo que dice o hace, ya no se tratará solamente de preocuparnos si será capaz o no de sostener la vivienda, aquello que se planteaba inicialmente como un objetivo en cuanto no desearle que volviera a vivir en la calle, sino que circula cierto interés, cierto deseo, a intentar captar algo de la lógica de lo que sucede, pensando que ello nos puede permitir situarnos de la mejor manera para acompañarle. Así, en las reuniones con los educadores sociales, comenzaron a surgir cuestiones que nos llamaban la atención bajo este nuevo punto de vista, cuestiones que podrían parecer banales, pero que hacen aparecer a Javier como alguien singular.

Tal vez, a lo largo de este breve recorrido clínico, comience a esbozarse un trazo en el cual un sujeto, particular como la letra de cada uno, pueda comenzar a dibujarse; trazo que en las últimas citas ha hecho pasar a través de una escritura incipiente, invitando a leer en sus notas aquello sin respuesta: “que me digan si me quieren o no”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) MARTÍNEZ, G. (2016). *La crisis del PSOE, susurrada*.
En: <<http://ctxt.es/es/20160928/Politica/8735/PSOEcomite-federal-golpe-de-Estado-Pedro-Sanchez.htm>>
- (2) MILLER, J-A. (2007). “La invención psicótica”. En: *Virtualia. Revista Digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana*; n° 16, página 3.
<http://virtualia.eol.org.ar/016/pdf/formas_miller.pdf>
- (3) NAPARSTEK, F. (2016) “El goce de Freud a Lacan”. En: *Agalma. Revista Chilena de Psicoanálisis Lacaniano*. N° 2, 2016.
<<http://www.alpchile.cl/revista-agalma-1/agalma2>>
- (4) PALOMERA, V. (2014). *Pioneros de la Psicosis*. Madrid: Gredos; pp. 38, 39.
- (5) *Ibidem*, pp. 20,21

“El niño del tenedor”. A propósito de un caso

Lourdes Cuello Hormigo. Psiquiatra

Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Complejo Hospitalario
Universitario de Ourense

Correspondencia: lourdes.cuello.hormigo@.sergas.es

Buenas tardes, en primer lugar, me gustaría dar las gracias al comité organizador, en especial a Chus Gómez por la invitación y por poder compartir con vosotros estas interesantes jornadas sobre las declinaciones de la locura. También a mis compañeras de trabajo en el día a día en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, Rosa Moure y Rosa Marnotes, que forman parte del trabajo en el caso que hoy presento.

Esta tarde, aprovechando que se me ha dado la oportunidad, expondré uno de los casos que he visto recientemente, que sigo desde hace poco tiempo. Es un niño que ha sido valorado con anterioridad por distintos profesionales, psicólogos de Asociación de Autismo, gabinetes de psicología y logopedia, equipos específicos de educación y servicios sociales a los que también tengo que agradecer la información que me han aportado y sus valoraciones realizadas.

La complejidad de la clínica, hacía que fuese un caso muy comentado en las reuniones de coordinación que manteníamos con distintos profesionales, en las que era habitual que se generase debate y diferencias en relación al diagnóstico.

Cuando me propusieron participar en una mesa sobre *locura e infancia* pensé en él, en Bruno, es así como le llamaremos.

Se trata de un niño de diez años de edad que consultó por primera vez en Atención Temprana en 2010, cuando tenía tan solo cuatro años, la queja era que al niño le costaba “hacer caso y obedecer”, tenía rabieta frecuentes

y además presentaba retraso leve en el lenguaje con dificultad en la pronunciación de algunas letras.

Su familia está constituida por tres miembros, es el único hijo de la pareja que formaron sus padres durante dieciocho años, hasta que se produjo la ruptura entre ellos, cuando él contaba con dos años de edad. Hasta ese momento convivieron bajo el mismo techo y fueron muchos los episodios de violencia que el niño tuvo que presenciar. Eran numerosas las noches en las que la madre tenía que huir a casa de los vecinos y mantenerse escondida durante horas para evitar palizas por parte del padre, diagnosticado de Trastorno límite de personalidad y con graves problemas de alcoholismo. A pesar de esta situación entre sus progenitores, no nos consta que Bruno recibiese maltrato físico o agresiones por parte de su padre. Las dificultades de entendimiento y conflictos entre la pareja se prolongaron varios años tras la separación, con orden de alejamiento y visitas irregulares y espaciadas por parte de su padre a través de puntos de encuentro, hicieron que durante años el contacto con el niño fuese escaso. Actualmente parece que la cordialidad en su relación empieza a tomar peso y Bruno visita a su padre los fines de semana.

Fue fruto de un embarazo deseado, controlado de alto riesgo por defecto genético de la madre que afecta principalmente a la apariencia física y que el niño no heredó. Nació mediante una cesárea, con peso y longitud dentro de la normalidad. Preciso un breve ingreso en neonatos por Ictericia neonatal.

En cuanto a su desarrollo evolutivo lo describen como normal. A nivel motor adquirió marcha autónoma a los 11 meses, su madre dice que ya corría, un niño ágil. Posee también buenas habilidades de coordinación óculo-manual y escritura.

En relación al lenguaje pronunció sus primeras palabras a los 18 meses, edad a la que ya decía mamá, pan, agua. En la intención comunicativa Bruno parecía tener buena comprensión, pero con dificultades leves en la expresión y ligero retraso en el desarrollo del lenguaje.

No hubo sospechas de sordera durante su desarrollo, ni se precisaron exploraciones auditivas específicas.

Eran frecuentes las noches en las que Bruno se hacía pis en la cama y hasta los seis años presentó enuresis nocturna primaria.

Referían que tardó en comer sólido, no masticaba y era muy reacio a tomar alimentos nuevos con un comportamiento que se caracterizaba por la difícil adaptación a los cambios alimentarios.

Tras su paso por Atención Temprana, se realiza valoración general del desarrollo mediante escalas e inventarios, se detecta un funcionamiento inferior al esperado para su edad (año y medio) en determinadas áreas (personal/social, adaptativa, comunicación y lenguaje expresivo), se habla entonces de un Retraso Madurativo.

Su vida escolar se caracterizó por una grave inadaptación con quejas continuas: En la guardería no comía, no se relacionaba con otros niños, berrinches, rabietas, pegaba a sus compañeros. Durante los años de primaria, misma queja, con notas continuas de los profesores haciendo referencia a las conductas agresivas de Bruno con sus iguales e incluso patadas al profesorado. Según la orientadora escolar “era el niño más difícil del centro”, generando un historial continuado de problemas de conducta que han conllevado varios cambios de colegio, hasta terminar durante una temporada escolarizado en un centro educativo específico fuera de su ciudad, por las alteraciones de conducta que fueron catalogadas como graves y de difícil manejo.

En su desarrollo socio-emocional tiende a mantenerse aislado, a veces busca y se acerca a otros niños, pero aguanta poco y retoma su tendencia solitaria.

En la madre de Bruno, víctima de un maltrato físico y psicológico continuado, destacaba una importante falta de autoridad e incapacidad para poner límites. Ella lo describe como un niño cariñoso, creativo, muy inquieto, pero con dificultades importantes en la interacción social y en la adaptación a las distintas situaciones.

Con 8 años, las alteraciones en su conducta son más acusadas. La logopeda que trabaja con él, cuenta que presenta comportamientos muy disruptivos y en ocasiones violentos, gritos, cambios de humor bruscos, pasando del llanto

a la risa descontrolada, conductas que describen como desafiantes, escupe en la mesa y las paredes, da patadas al mobiliario e incluso en casos de estrés máximo, se golpea a sí mismo, contra la pared, llegando a agredir a quien se interponía en ese momento para evitar que continuase haciéndose daño.

Las frases que más repite en estos brotes de ira eran:

“No, para, déjame, me haces daño”.

“No déjame en paz, no quiero hacerlo”.

“Para, para...”.

“El señor de mi cabeza me dice lo que tengo que hacer”.

“Estoy tan triste, no puedo parar de llorar”.

Momentos en los que sin causa aparente se pone a gritar con agresividad, verbalizando que hay otro Bruno en el techo que “es un Bruno bueno”, lo ven como si estuviera ausente, pasmado, sin parpadear, con la boca abierta. Si le dejan sólo se autolesiona y además es llamativa la hipersensibilidad que presenta a los ruidos.

Uno de los episodios destacables y que ha dado título a este escrito, fue el que presentó, no hace muchos meses, cuando se encontraba en el centro de día al que estuvo asistiendo durante un periodo de tiempo. Estaba junto a sus compañeros comiendo y sin desencadenante alguno que los que estaban allí percibiesen, Bruno comenzó a gritar, llorar, alternaba el llanto con la risa y verbalizaba insistentemente que sus manos le hablaban “no es mi imaginación no, mis manos me hablan, me dicen cosas...”, la angustia parecía tan intensa en el menor que llegó a coger un tenedor, con el que golpeaba la mesa y el dorso de sus manos de manera repetitiva hasta llegar a pincharlo en una de sus manos para que callasen.

Durante las entrevistas, Bruno se muestra colaborador, es un niño con buen aspecto que sonríe. No se aprecian rasgos dismórficos. En un principio establece el contacto visual, pero le cuesta mantenerlo, inicia el juego espontáneamente y es recíproco cuando intervengo. Es un niño que demanda cariño y afectividad a la madre. Su lenguaje es fluido, acompañado de una entonación particular que se caracteriza por escasa variación en el timbre y tono de voz. En su comunicación no verbal utiliza gestos que

acompañan a la narración, miradas y posturas corporales adecuadas. Identifica en otros, expresiones emocionales básicas y resuelve tareas de Teoría de la mente de primer orden.

Le gustan mucho los dragones y los animatronics. Suele decir que “hay algo en su interior que le dice las cosas...”. Sólo si le pregunto directamente por sus manos, me cuenta que habla con ellas “una es buena y otra es mala”.

Según su madre, Bruno es un niño con un mundo interior muy rico y ese mundo interior absorbe su atención la mayor parte del tiempo.

En las exploraciones realizadas hasta el momento, señalar que se le pasó la prueba del ADOS, escala de observación estandarizada y semi-estructurada que aborda las áreas de comunicación social, la interacción social y el juego o uso imaginativo de materiales. Consta de una serie de actividades que permiten observar si ocurren o no determinados comportamientos relevantes para el diagnóstico de los Trastornos del Espectro Autista: Bruno utiliza frases estereotipadas o expresiones hechas pero con un lenguaje espontáneo, cierta dificultad para contar cosas de su experiencias vivenciadas de manera real, así como dificultades para mantener una conversación sobre un tema (puede irse o introducir otro tema). En el área de interacción social muestra dificultades en la capacidad empática y comprensión de las emociones del otro, así como en entender lo que significa tener o ser un amigo, en definitiva, la comprensión de las relaciones sociales. Sin embargo las puntuaciones obtenidas son bajas y la clínica dudosa por lo que tras la prueba, se concluye que a pesar de estos rasgos, no cumple criterios para el diagnóstico de TEA y los profesionales que valoran al niño en aquel momento, orientan el diagnóstico hacia una clínica de características emocionales y vivencia de experiencias infantiles traumáticas, así como la posibilidad de que se esté configurando algún problema de personalidad.

En la valoración neuropsicológica, se deduce que posee una capacidad cognitiva dentro de la media para su grupo de edad, con un nivel de competencia curricular que está en consonancia con el curso de referencia.

La respuesta a distintas terapias farmacológicas ha sido escasa, por lo que se decidió la retirarla.

Ante síntomas de estas características fue necesario descartar patología orgánica, realizándose pruebas complementarias de neuroimagen, como RMN craneal, se realizó también Electroencefalograma (EEG), estudio genético, analíticas sanguíneas y de orina que descartaron trastornos metabólicos u otras patologías.

En definitiva, a lo largo de su recorrido por las consultas de distintos profesionales, valoraciones, entrevistas familiares e individuales, escalas, etc, se han realizado distintos diagnósticos como Trastorno Generalizado del Desarrollo, Síndrome de Asperger, Trastorno de la Comunicación social e incluso Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad Comórbido, así como un Trastorno de Disregulación Emocional y un posible Síndrome de Estrés Postraumático.

REFLEXIÓN:

A modo de reflexión, me gustaría señalar que más allá de las clasificaciones y etiquetas diagnósticas, lo cierto es que la infancia de Bruno no ha permitido una crianza saludable con un vínculo seguro. Padre alcohólico inestable que despreciaba y maltrataba a su madre. Una madre insegura, poco asertiva y con un aspecto físico y limitaciones a causa de su trastorno hereditario, que probablemente generaban dificultades en la aceptación social y suscitaban sentimientos de ambivalencia en el niño, reflejan un modelo relacional complicado con unas vivencias displacenteras en el encuentro con su familia.

En las conductas violentas de su padre, el niño vivía el temor a la posibilidad de abandono por su madre.

Si, como señala De Ajuriaguerra (1973), entendemos la psicosis en el niño como un trastorno en la organización del Yo y de la relación con el medio exterior, podríamos decir que la primera infancia de Bruno se ha caracterizado por un ambiente poco facilitador con ausencia de una vinculación segura con la madre por las dificultades acontecidas en su entorno.

Niño creativo, con fantasía y mundo interior muy rico, al que el delirio le aporta la certeza y un espacio de seguridad donde situarse ante la dificultad

para vincularse de forma segura con su familia y el medio que le rodea (Sánchez, 2014).

Haciendo una breve revisión en la literatura psiquiátrica, en las definiciones planteadas por diferentes autores a lo largo de la historia, se desprende que las psicosis infantiles son un grupo heterogéneo y abigarrado de manifestaciones clínicas, de comienzo temprano, que conllevan importantes perturbaciones en el desarrollo de la personalidad en su conjunto y comprometen de manera profunda el contacto con la realidad y la adaptación de estos niños al entorno.

Mardomingo (1994), en su libro de psicopatología infanto-juvenil, haciendo alusión a las palabras de Colodrón (1983), señala que, “*si la historia de la esquizofrenia es la historia misma de la psiquiatría general, la historia de las psicosis infantiles ha marcado la psiquiatría del niño y del adolescente a lo largo del siglo XX*”.

Si por algo se ha particularizado el estudio histórico de la esquizofrenia, ha sido por el notable grado de fluidez en su definición y los criterios diagnósticos, así como los problemas propios en relación a la existencia y características del trastorno en niños.

Desde 1860, la locura infantil figuró regularmente en las publicaciones psiquiátricas, con referencias a cuadros clínicos comparables a la psicosis. Se aceptó que todas las formas de enfermedad mental que se daban en adultos podían presentarse en niños. Se reconoció la relación entre la aparición y la forma de locura y la etapa del desarrollo.

El inicio del siglo XX, en lo que se refiere a psicosis, estuvo muy influida por las ideas de Kraepelin, que incluían el concepto de *demencia precoz* y en 1907 relacionaba su inicio en algunos casos en la infancia y adolescencia, como una entidad discreta.

Más tarde, Sancte de Sanctis (1906) aportará el concepto de *demencia precocísima*, para describir una forma peculiar de locura en la infancia, siguiendo los conceptos y descripciones de Kraepelin. En 1909 Heller describirá la demencia infantil que lleva su nombre, caracterizada por una alteración del habla rápida y profunda, inquietud extrema y demencia, iniciándose a los 3 o 4 años de edad, en niños previamente normales (Heller, 1909).

En 1911 Bleuler habló por primera vez de autismo como una alteración dentro de la esquizofrenia que implicaba una retirada de la realidad externa y planteaba que algunos sujetos psicóticos, lo eran desde la infancia, y aunque postulaba que la esquizofrenia tenía una base orgánica, apuntaba a que la sintomatología surgía de las experiencias emocionales y señalaba la posibilidad de que un trauma intenso en una persona vulnerable facilitase el desarrollo de ésta.

A partir de 1930, coincidiendo con la aparición de la psiquiatría infantil como una disciplina separada, se propuso una visión unitaria de las psicosis que englobaba los conceptos de autismo, esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno límite de la personalidad. (Potter, 1933; Fish y Rivito, 1979).

En 1943, tras la introducción por Kanner del término *autismo infantil precoz*, para clasificar algunos cuadros clínicos considerados como psicosis que se presentaban antes de los dos años de vida, caracterizados por un aislamiento extremo, alteración de la comunicación, insistencia obsesiva en la igualdad y fascinación por determinados objetos, comienzan los primeros problemas en el diagnóstico diferencial.

En los años 1950, Mahler habla de la relación simbiótica entre la madre y el niño, y describe un cuadro específico al que denomina psicosis simbióticas.

En lo que se refiere al tema de la psicosis infantil, las clasificaciones categoriales han ido experimentando modificaciones a lo largo de los años y su extensa utilización ha sido poco esclarecedora (Pedreira-Massa, 2009).

En el DSM-I (APA 1952) y DSM-II (1968), se hablaba de esquizofrenia o reacción esquizofrénica tipo infantil, manteniendo una visión unitaria.

En la década de 1970 se empieza a poner en duda la visión amplia de la esquizofrenia infantil y autores como Kolvin (1971) y Rutter (1972) apuntan diferencias significativas dentro del amplio grupo de psicosis en los niños, señalando características clínicas como la edad de inicio más tardía, presencia de signos clínicos específicos y la historia familiar positiva, que servirían para diferenciar la esquizofrenia infantil del autismo.

En el DSM-III en 1980 se utiliza por primera vez el término Trastorno Ge-

neralizado del Desarrollo (TGD) y se elimina el concepto de esquizofrenia infantil, pasan a utilizarse los criterios de adultos en niños.

En el DSM IV, el grupo de los Trastornos Generalizados del Desarrollo incluyen cinco subtipos de autismo: Trastorno Autista, Síndrome de Asperger, Trastorno Desintegrativo infantil, TGD No especificado y el Síndrome de Rett.

La CIE-10 (1992), presenta un enfoque muy parecido al DSM IV

Actualmente el DSM V suprime las subcategorías diagnósticas incluidas en las clasificaciones previas con una común denominación de Trastornos del Espectro Autista, que se clasifican por grado de severidad: leve, moderado o severa.

En los últimos años han surgido numerosos estudios que relacionan las experiencias traumáticas en la infancia con la esquizofrenia. El trauma infantil se asocia a los síntomas psicóticos, trastorno límite de la personalidad y a los síntomas disociativos.

Algunos autores en sus trabajos, informan de una estrecha relación entre el trauma infantil y las alucinaciones, señalando también la imposibilidad de distinguir las alucinaciones de origen psicótico de las disociativas. (Masramon *et al*, 2012).

En un estudio más reciente, publicado en julio de este año, relacionan de manera directa las distintas experiencias traumáticas en la infancia y los síntomas de disociación en pacientes de espectro esquizofrénico. En este estudio exploran diferentes tipos de trauma infantil, y además, del abuso sexual y maltrato físico, también concluyen que el haber sido testigo de violencia doméstica, pérdida temprana de los cuidadores y la disfunción parental, entendiendo como disfunción parental, síntomas psicológicos de los progenitores, enfermedad física recurrente, abuso de alcohol, sedantes u otras sustancias, se asocia a los síntomas disociativos en pacientes psicóticos (Schroeder *et al*, 2016).

Sin embargo, a pesar de las diferentes corrientes psicológicas, de la orientación y posicionamientos críticos desde múltiples vertientes analíticas y

clínicas, hay una postura que es común a la mayoría de los autores, que coincidirían en que el diagnóstico de la psicosis infantil a menudo es tarea difícil que requiere de exhaustividad, cercanía y encuentros continuos que nos permitan llegar al niño.

En definitiva, asumir y entender que un diagnóstico clínico utilizando únicamente los criterios de las clasificaciones categoriales representa un modelo evidente e indiscutible en sí mismo, podría llevarnos a errores, así como tener en cuenta los mismos criterios para considerar un estado psicótico en niños y en adultos.

Para finalizar, mostraré el dibujo que hizo Bruno en consulta, que tanto el dibujo en sí mismo como la explicación que dio, me parecieron significativos como para compartirlo con vosotros y concluir mi ponencia.



El rey cerdo aplasta casi al cerdito, pero el cerdito es listo y termina huyendo.

Bruno.

Muchas gracias.

BIBLIOGRAFÍA

1. ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA (2001). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR*. Editorial Masson. ISBN 9788445810873.
2. ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA (2014). *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-V*. Editorial Médica Panamericana. 438 pp.
3. BLEULER, E. (1950). *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias* (tran. By J. Zinkin). Nueva York: International Universities Press.
4. COLODRÓN, A. (1983). *Las esquizofrenias*. Madrid. Siglo XXI de España editores. S. A.
5. DE AJURIAGUERRA, J. (1973). *Manual de Psiquiatría Infantil*. Editorial Masson. 984 pp.
6. FISH, B. Y RIVITO, E. R. (1979). *Psychoses of childhood*. In *Basic Handbook of Child Psychiatry: vol. 2*. Ed. J. O. Noshpitz, pp. 249 -304. Nueva York: Basic Books.
7. GARCÍA, P.P. Y MARGARITOS, L. M. (2010). *Clasificación Multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. Clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes*. Editorial Médica Panamericana. 279 pp.
8. HELLER, T. (1909). *Über Dementia Infantilis*. Zeitschrift, Erf. U. Bechan, d. Jugendl, Schwach-sinus, II.
9. HELMUT, R. (2005). *Esquizofrenia en niños y adolescentes*. Editorial Ariel. 328 pp.
10. KANNER, L. (1943). *Autistic disturbances o affective contact*. *Nervous child*. 2: 217-230.
11. KOLVIN, I. (1971). *Studies in the childhood psychoses. I: Diagnostic criteria and classification*. *British Journal of Pshychiatric*, 118, 381-384.
12. KRAEPELIN, E. (1919). *Dementia Praecox and Paraphrenia* (tras. R.M Barclay of the eighth German edition of the Textbook of Pshychiatric, vol III, parte II). Edimburgo: E.& S. Livingstone.

13. KRAEPELIN, E. (1907). *Clinical Pshychiatric: A Textbook for Students and Physicians* (Traslated by A. R. Diefendorf). Nueva York: McMillan.
14. MAHLER, M. S. (1950). “On child Psychosis and schizophrenia” . *Psycho-analytic Study of the Child*, 7, 286-305.
15. MARDOMINGO, M. J. (1994). *Psiquiatría del Niño y Adolescente*. Editorial Díaz de Santos S.A. ISBN: 84-7978-164-5. 657 Pp.
16. MASRAMON, F.H, ÁLVAREZ, A. M. J., SANTOS, L. J. M. Y ARRUFAT, F. X. (2012). “Esquizofrenia y disociación: el trauma infantil en la etiología de los síntomas” . *Psiquiatría Biológica*; 19 (S1): 19-61.
17. MEDINA ORTIZ O, MORENO PADILLA D Y ARANGO LÓPEZ C. (2007). *Diagnóstico de Psicosis en niños y adolescentes: Una tarea nada fácil*. 53;109: 25-33.
18. PEDREIRA-MASSA J. L. (2009). *Formas clínicas de la psicosis en la infancia*. *Formas Clínicas de la Psicosis en la Infancia*. An Pediatr Contin. 7(2): 114-20.
19. POTTER, H. W. (1933). “Schizophrenia in children” . *American Journal of Psychiatry*, 12, 1253-1270.
20. RUTTER, M. (1972). “Chilhood schizophrenia reconsidered” . *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 2, 315-337.
21. SÁNCHEZ, R. J. (2014). “La intervención desde la psicomotricidad relacional en la psicosis infantil” . *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*. 39: 26-40. ISSN: 1577-0788.
22. SANCTE DE SANTIS. (1909). “Dementia precocissima catatónica” . *Fol neurobiol*, II.
23. SOCHROEDER, K., LANGELAND, W., FISCHER, H. L., HUBER, C. G., SCHÄFER, I. (2016). “Dissociation in patients with schizophernia spectrum disorders: What is the role of different types of childhood adversity?” *Comprehensive Psychiatry*, 68:201-208.

OS EVENTOS CONSUETUDINARIOS QUE ACONTECEN NA RÚA

O Neolítico non estaba tan lonxe: Vivir Vilamarín

Experiencia dunha das organizadoras

Ar Salgada. Productora

Contacto: a.salgada@outlook.es



Foto: Cláudio Pato

Xa que vivo nunha cidade, non podo considerarme bandeirante da reivindicación do rural galego. Pode salvarme que vivín ata os catro anos nunha aldea e que agora vivo en Ourense que segue a ser unha aldea un pouco máis grande, pero non é o mesmo. E sen saber desplumar un capón, sen recoñecer nunha horta antes de florecer que planta é a do tomate e cal é a que vai dar pementos; é dicir sen ter sido nunca unha activista das novas

ruralidades, deixei enredar para ser co-productora de Vivir Vilamarín (VV). VV 2016 foi un evento dun día de duración que levou cine, música e poesía a unha minúscula aldea a catorce quilómetros de Ourense. E se me deixei enredar nisto foi contagiada polo entusiasmo de catro seres marabillosos. Estes catro seres intrépidos son un par de pedagogos guitarristas (un *bluesman* e un rockeiro), e un par de arquitectos pensadores (un teórico e un pragmático). Os catro todos moi serios, querían divertirse. E todos agás un, como adoita a ocorrer nas aldeas, eran familia de sangue.

O referido evento discorreu o sábado 6 de agosto do presente ano, na casa dos nosos avós. Arranxáronse dous escenarios na aira da casa e unha sala de proxección no curral. Tamén improvisamos unha cantina na que fora a cociña da miña avoa Alicia.

Empezou coa introdución dun taller que fomentaba a xestión das dinámicas culturais, levado a cabo por un grupo humano máxico que é a colonia de artistas *Espacio Matrioska* residentes nunha aldea de Xinzo de Limia. Logo proxectouse o fermosísimo documental do portugués Jorge Pelicano “Pare, escute, olhe” que trata o despoboamento do rural en Portugal. Visionouse a (logo posteriormente moi premiada) curtametraxe “As vacas de Wisconsin” da viguesa Sara Traba e a longametraxe “9 ondas” do italo-galego Simone Saibene. A hora do vermú foi amenizada pola banda local “Porcas Bravas”. A media tarde Manolo Carballo deu un concertazo de *bluegrass* co seu *banjo* á sombra dun cabaceiro. E á noite, na aira recitaron os poetas Silvia Penas, Ana Cibeira, Claudio Pato e Olalla Cociña. A xornada rematou con dous concertos. Primeiro, o colosal Afonso Dorido que tocou co seu formato “Homem em catarse”. E o peche, chegando á medianoite, fixérono a tremenda parella de artistas que son “Cinta Adhesiva” coa súa poesía acompañada de música nun concerto tan fermoso coma o son as persoas que componen este dúo.

A inesperada implicación dos veciños da nosa aldea, tanto nos preparativos das semanas previas coma no propio día, foi de tal intensidade e magnitude que aínda hoxe segue a conmovernos ós organizadores no recordo. Todos asistimos con incredulidade e sorpresa ás infinitas mostras de solidariedade e xenerosidade dos veciños da aldea. Evidenciándose así, a estreiteza das nosas miras de individuos urbanizados. Resalto aquí a xenerosidade de Paco,

non só polo préstamo de case tódalas ferramentas para a limpeza da casa, da cesión de electricidade a través dunha prolongación que cruzaba a estrada e das leccións de técnica e seguridade no uso da desbrozadora. Esta xenerosidade, volvéusenos impagable cando se ofreceu a acompañarnos á vila de negocios e servizos máis próxima: A Barrela. El adiantouse como garante cando fixemos o trato para o aluguer do xerador eléctrico, e insistiu en que respondería de nós no caso de incumprimento. Os organizadores estabamos desbordados polos repetidos actos de delicadeza que se sucederon durante os preparativos. Aínda hoxe teño fixada unha imaxe da Pepita. Estaba abrindo a luz do día ás sete da mañá, e a figura dunha muller sostendo unha bandexa de roscón en cada man camiñaba en adestrado equilibrio cara a nosa casa. Os roscóns da Pepita, sobra dicir que con ovos da casa, compartíronse cun café de pota durante o visionado das películas.

Presenciamos un momento irrepitible, que afortunadamente alguén documentou nun par de fotos, cando á tardiña Paco meteu as vacas na corte pasando detrás do escenario onde Manolo Carballo tocaba o *banjo*. Ou dito doutro modo, en ausencia dunha dirección artística profesional a escenografía discorría orgánica. Foi fermoso ver a Celsa e a Amalia, dúas veciñas de noventa e noventa e dous anos, que aviadas cuns lucidos vestidos de flores compartían asento coas mozas da cidade. A nosa tamén improvisada fotógrafa, retratounas charlando co meu curmán Martín mentres el sostiña un vaso de *kalimotxo* na man.

E a razón pola que se estableceu este equilibrio sensible dentro da antítese rural-cidade, é algo ó que aínda lle estamos a dar voltas. Foi certo que nos sorprendemos polo que hai de común no singular. Jorge Alemán comenta que o verdadeiro común non se fai coas identificacións “do que temos en común” senón con aquilo que nos fai estrictamente singulares. Esa singularidade irreductible é o que temos verdadeiramente en común. E esa foi a experiencia deste encontro que foi VV 2016. A orixinalidade dos participantes quedou preservada aínda que non intencionadamente. Probablemente pola ausencia de profesionalización da organización e polo carácter de familiaridade e veciñanza implícito nas categorías sociais do rural. E como é propio en moitos encontros artísticos e culturais de pequeno formato, aquí tampouco houbo cuarta parede.

A sofisticación urbana vai á par dunha complexidade social e cultural, e ás veces supón unha perda de xenuidade dos individuos. O individuo sofisticado sostense nunha trama de enrevesada carga simbólica. Quizais o equilibrio xurdiu do encontro entre suxeitos cunha maior preserva da súa da orixinalidade cos que foron xogar coas marxés desa trama (asistentes sensíbeis e artistas), diluíndose así as categorías rural-urbano.

De todas formas en Galicia, hai moita proximidade entre estas dúas subxectividades xa que o Neolítico non está tan lonxe. O éxodo rural ás cidades na segunda parte do século XX, coa concentración dos individuos en urbes, non foi gratuito para a subxectividade. Ata os anos sesenta, salvo algunhas pequenas elites, a maior parte da poboación europea vivía no campo. Polo que o xogar con algunhas marxés simbólicas e ter recordos do verán nunha aldea chea de seres orixinais e xenuínos non é algo escaso entre os galegos. A subxectividade sensible artística asenta cómoda nas inmediacións da diáspora. Cunqueiro dicía do galego “lingua de pobres e de poetas”. Aínda que tampouco pretendo idealizar unha orixinalidade mítica dos individuos do medio rural. Porque os que somos de aldea, e especialmente da Galicia Interior sabemos a amputación ás veces do proceso de individuación que supón a pertenza á unha tribo.

En Galicia houbo unha explosión cultural nos anos oitenta, mestura de periferia e vangarda que usou eses contrastes ás veces bizarros e moitas veces fermosos que resultaban da combinación do mundo rural co mundo urbano. Un exemplo marabilloso desto é o Festival de Cans. A movida dos oitenta carecía de compromiso. Pero ás veces, só cunha interese lúdica próvocanse dinámicas que teñen como consecuencia a xeración dun discurso novo. Como comenta Miguel Anxo Murado, a chamada Xeración Xabarán foi a primeira nacida dentro da autonomía que asumía a identidade de aldea sen complexos.

Non sabemos se VV 2016 terá algunha consecuencia política, artística ou na vida veciñal da aldea. Pero o que si foi seguro é que os organizadores viámonos asistindo atónitos a unha especie de utopía rousseauniana, que era o simple miragre da comunidade. E o que tamén foi seguro é que nos divertimos. E divertirse é un asunto moi serio.

Whitaker en Compostela: “Repensando la psiquiatría: historia, ciencia y el efecto a largo plazo de la medicación psiquiátrica”

Vanessa Vilas-Riotorto. Psicóloga clínica ¹

Gonzalo Martínez Sande. Psicólogo clínico ²

1 - Práctica privada. Coordinadora en Clínica Diego Pérez (A Laracha y Carballo en A Coruña)

2 - Unidad de Interconsulta y Enlace. Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

Contacto: Gonzalo.Martinez.Sande@sergas.es

1- LA JORNADA “REPENSANDO LA PSIQUIATRÍA: HISTORIA, CIENCIA Y EL EFECTO A LARGO PLAZO DE LA MEDICACIÓN PSIQUIÁTRICA

La Asociación de Terapia Familiar y Mediación de Galicia (ATFM de Galicia) celebró el pasado 14 de mayo de 2016 una jornada titulada: “Repensando la psiquiatría: historia, ciencia y el efecto a largo plazo de la medicación psiquiátrica”. Esta jornada, que invitaba a la reflexión y al debate, tuvo lugar en la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela (USC). El ponente fue Robert Whitaker, periodista científico y escritor estadounidense, quien cuenta con numerosos premios, como el Polk George por redacción médica o el premio de la Asociación Nacional de Ciencia al mejor artículo. Además de ser finalista en el premio Pulitzer de Servicio Público en 1998, como co-autor de una serie de artículos de investigación sobre psiquiatría para el *Boston Globe*. En España es conocido por su controvertido libro *Anatomía de una Epidemia*¹, premio al mejor libro de 2011 de la Asociación de Reporteros y Editores de Investigación.

La ATFM de Galicia al organizar esta jornada, con el propio Robert Whitaker en persona que habla castellano de forma fluida, ofrecía la ocasión para generar un enriquecedor debate entre “adeptos” y críticos. Todos los presentes podían aportar sus argumentos y fuentes en una jornada abierta a profesionales y pacientes. Sin embargo; que Robert Whitaker impartiese este seminario en Santiago, en el espacio cedido por la Facultad de Psicología, generó gran expectación y, a la par, quejas sobre la presencia en la facultad del que fue periodista científico en el Massachusetts Institute of Technology (MIT) y después director de publicaciones en la Harvard Medical School. Los que escribimos este artículo respetamos los descontentos anteriores y posteriores al seminario. Ambos autores estuvimos en dicho seminario, acompañados de personas con perfiles diversos según fuentes de la ATFM a partir de los datos solicitados en las inscripciones. Allí nos reunimos profesionales de sociología, periodismo, abogacía, pedagogía, muchos titulados en psicología trabajando en las diferentes ramas de la profesión clínica, sanitaria, educativa, algún Catedrático de Psicología, alguna Doctora en psicología, pedagogía y, al menos, un farmacólogo, un médico generalista y un psiquiatra. Todos y todas pudimos opinar y hablar libremente con Robert Whitaker, quien amablemente respondía en castellano, y realmente se limitó a presentar datos recopilados y a citar sus fuentes. Ciertamente, toda revisión narrativa de un tema tiene sesgos, pues el autor no presenta los criterios de búsqueda para reproducirla. Si bien, no ofrecía opiniones personales sin fundamento. Pues toda afirmación se acompañaba de la cita que permite a quien quiera, y disponga de tiempo, revisar y criticar de forma constructiva lo que se presentó. Para ello la ATFM de Galicia facilitó la presentación a los asistentes, así pueden elegir entre el resumen del taller o el libro “Anatomía de una Epidemia”¹ de 438 páginas en su versión en castellano. Es decir, cumple el requisito fundamental que se exige en ciencia, presentar los datos que permiten que sea refutado. Las personas con formación y argumentos en contra de los planteamientos de Whitaker pueden rebatirlo, sin necesidad de descalificar a su persona, con argumentos documentados. Entre tanto, nosotros aquí nos limitaremos a resumir los contenidos presentados por Whitaker, y con los datos aportados que cada uno saque sus conclusiones. Y si algunos ya han ido al seminario y ya se han leído *Anatomía de una Epidemia*¹, quizás se animen a continuar con *Psychiatry under the influence*², escrito junto con la profesora

Lisa Cosgrove de la Universidad de Massachusetts, o a seguir su página Mad In America que ya cuenta con una reciente versión hispanohablante. Sea como fuere, sus documentos son accesibles. Después hablaremos de estos recursos, ahora resumimos el taller.

El seminario se dividió en tres bloques. El primero titulado “Historia, ciencia y los efectos a largo plazo de la medicación psiquiátrica”. El segundo “Trastornos afectivos en la Era del Prozac”. Y por último, el dedicado a preguntarnos si medicar en el supuesto de Trastorno por Déficit de Atención con o sin hiperactividad (TDAH) es una práctica basada en la evidencia, si se consideran los resultados a largo plazo.

“Historia, ciencia y los efectos a largo plazo de la medicación psiquiátrica”.

En la primera parte de la jornada, la presentación “Historia, ciencia y los efectos a largo plazo de la medicación psiquiátrica” empezaba con la introducción de la clorpromazina en los psiquiátricos en el año 1955 y que llegó a compararse con la revolución que supuso la introducción de la penicilina, en la medicina general. Nos encontrábamos ante una de las posibles “balas mágicas” y la psiquiatría contaba ya con un medicamento nuevo para calmar a los pacientes hospitalizados, una píldora que transforma a los pacientes sin necesidad de recurrir a una cirugía mutiladora como la lobotomía.

Otra revolución sería la revolución en el diagnóstico. En 1974 se inician los trabajos para el DSM-III y con su publicación en 1980 la psiquiatría adopta el modelo de enfermedad. La Era Post DSM-III, como la define Whitaker, se sustenta en los siguientes supuestos: los trastornos psiquiátricos son enfermedades del cerebro, habitualmente infradiagnosticadas e infratratadas. Y las medicinas psiquiátricas corrigen los desequilibrios químicos en el cerebro y estos tratamientos son altamente efectivos y seguros.

En este escenario, Whitaker se percató de que desde 1987 el número de pacientes con discapacidad aumenta vertiginosamente y, en paralelo, hay un aumento espectacular de la producción de drogas psicotrópicas. En EE.UU, el gasto social en medicación psiquiátrica ha crecido desde los 800 millones

de dólares al año en 1987 a los 350.000 millones por año en la actualidad. El 26% de los adultos y el 30% de los jóvenes sufren alguna enfermedad mental cada año y más del 20% de los adultos toman medicación psiquiátrica a diario. Además, nos presentó como se ha observado este incremento también en solicitudes de incapacidad, prestaciones por enfermedad mental y/o discapacidad por enfermedad mental reconocida, con sus ritmos, más o menos similares, en Reino Unido, Australia y Suecia, menos continuado pero con tendencia al alta en Dinamarca entre los años 2000-2010 e Irlanda desde 1999-2001 y Nueva Zelanda entre 1991 y 2009. Esa tendencia ascendente también se observa en el porcentaje de población tratada con antidepresivos. Todas y cada una de las gráficas se acompañaron de la fuente³⁻¹⁴. Si bien, son datos obtenidos de fuentes heterogéneas, en muchas ocasiones de organismos públicos y/o publicaciones científicas, que deben compararse con cautela. Pero con conclusiones similares de las actuaciones en diferentes países. Actuaciones posiblemente asentadas, tal como expuso Whitaker, en la reduccionista teoría del equilibrio químico en los trastornos mentales.

Las investigaciones sobre la teoría monoaminérgica de la depresión y la teoría dopaminérgica en la esquizofrenia comenzaron en 1970. "Hoy resulta evidente, desde un punto de vista científico, que la hipótesis del desequilibrio químico fue siempre vacilante" afirmó Whitaker. No obstante ha persistido una creencia en los desequilibrios. Aunque la hipótesis de la depresión por déficit de serotonina y la hipótesis de la esquizofrenia por altos niveles de dopamina ya se consideraron insostenibles a finales de la década de 1980.

Whitaker no se limitó a opinar y presentó declaraciones de diferentes profesionales, entre ellos Stephen Stahl¹⁵ (2000): "No hay una evidencia clara y convincente que la deficiencia monoaminérgica influya en la depresión. Es decir, no existe un déficit real de monoaminas" o Aurelija Jucaite y Svante Nyber¹⁶ (2012) sobre el sistema dopaminérgico en esquizofrenia: "La enérgica búsqueda de anomalías en el sistema dopaminérgico en la esquizofrenia hasta el momento no ha dado resultados concluyentes. La creciente comprensión de la complejidad conductual de la esquizofrenia sugiere que es improbable que un solo sistema de neurotransmisores pueda explicar síntomas tan diversos, por ejemplo la falta de atención y las alucinaciones. Por lo tanto, patología exclusiva del sistema dopaminérgico era y es dudosa."

En la misma línea, aportó las afirmaciones de Ronald Pies¹⁷ en *Psychiatric Times* en 2011: "En realidad, la noción de desequilibrio químico, es una especie de leyenda urbana, nunca ha sido una teoría seriamente propuesta por psiquiatras bien informados."

No en vano, Stephen Hyman¹⁸, exdirector del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH), ya en 1996 alertaba que "Los medicamentos psiquiátricos "crean perturbaciones en las funciones neurotransmisoras." Y, en respuesta a esto, el cerebro inicia una serie de adaptaciones compensatorias de cara a "mantener su equilibrio frente a las alteraciones en el entorno o cambios en el medio interno." Por tanto, la "administración crónica" de los fármacos "causará una alteración sustancial y duradera de la función neuronal." "Tras unas pocas semanas, el cerebro de la persona funciona de manera que es "cualitativamente igual" pero "cuantitativamente diferente" en relación al estado normal." Texto literal de la presentación que pueden consultar en *Journal of the American Psychiatric Association (Am J Psychiatry)* 153 (1996): 151-61 en Open Access.

Por tanto, una vez que una persona toma un fármaco psiquiátrico, el cerebro comienza una serie de adaptaciones compensatorias dirigidas a ayudar a restaurar el "equilibrio homeostático" en el funcionamiento cerebral. Este proceso adaptativo causa, a su vez, anomalías en la función cerebral que en muchas ocasiones, desde un argumento circular, se han considerado causa o mecanismo de acción de las enfermedades mentales, partiendo de una hipótesis limitada para procesos de tal complejidad y sin incluir otros factores, como el entorno. En nuestra opinión, no podemos entender la biología sin el entorno. Pero la investigación no biológica adolece de financiación. Aunque el pronóstico; por ejemplo en psicosis, no ha cambiado de forma sustancial, a pesar de las supuestas mejorías asistenciales conseguidas gracias a la introducción en este caso de los neurolépticos. Al tiempo que no somos capaces de impedir el deterioro biopsicosocial observado de una gran parte de los pacientes, que se acompaña de deterioro neurológico y cognitivo.

Whitaker nos planteaba a los presentes una pregunta crítica ¿Cómo afecta la medicación psiquiátrica a la evolución a largo plazo de los trastornos mentales? ¿Incrementan la probabilidad de que las personas diagnosticadas de un trastorno mental grave se encuentren mejor a largo plazo? ¿O incrementan

la probabilidad de que esas personas tengan malos resultados a largo plazo?. Nos presentó las pruebas disponibles en el campo de los neurolépticos. Pero parecen faltar datos sobre el uso a largo plazo de los neurolépticos y después 50 años precisamos aún más investigación. Tras mostrarnos los resultados de los tratamientos en esquizofrenia en la década anterior a los neurolépticos (1945-1955), nos invita a reflexionar teniendo presente el juramento hipocrático, según el cual, para que un tratamiento no haga daño debe mejorar, cuando menos, las tasas de recuperación naturales. Sanbolii¹⁹ concluye en su artículo “Comparison of two five-year follow-up studies” comparando una cohorte de 1947 y otra de 1967 y publicado también en la *Am J Psychiatry* 132 (1975): 796-801: “los fármacos psicotrópicos podrían no ser indispensables. El uso prolongado en el postratamiento prolongan la dependencia social de muchos pacientes dados de alta.” El 76% de los pacientes a seguimiento en la cohorte de 1947 vivían con éxito en la comunidad tras 5 años. Mientras que los de la cohorte de 1967 eran más dependientes de servicios sociales y otras formas de apoyo. Whitaker nos presentó estos datos, entre otros. Estos en concreto, también disponibles en Open Access para quienes estén interesados. Otras aportaciones fueron el estudio de Rappaport²⁰ publicado en 1978, con resultados a tres años de seguimiento, donde el autor concluye “Muchos pacientes no medicados mientras estaban hospitalizados mostraron mejores resultados a largo plazo, menos patología en el seguimiento, menos rehospitalizaciones, y un mejor funcionamiento general en la comunidad que los pacientes que recibieron clorpromacina durante el período de hospitalización”. Si bien, el trabajo de Rappaport²⁰ es una selección del periodista, artículos de este autor se incluyen, entre otras publicaciones científicas, en la reciente revisión de Adams, Awad, Rathbone, Thornley, Soares-Weiser²¹. “Chlorpromazine versus placebo for schizophrenia” publicado en *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014.

En la misma línea, nos presentó el Estudio del NIMH de William Carpenter²² (1977) “Los pacientes sintieron más sentimiento de frustración y de sentirse “congelado en la psicosis” en los tratamientos que enfatizaban el tratamiento farmacológico... en la medida que el brote psicótico puede contener el potencial para ayudar a alterar los conflictos patológicos consigo mismo y a establecer un equilibrio más adaptativo con su entorno, nuestra práctica actual de intervenir farmacológicamente de forma inmediata y masiva, puede

estarse cobrando un precio en términos de producir pacientes "recuperados" con una estructura de carácter más rígida con menos capacidad para afrontar tensiones posteriores en la vida". Carpenter²² planteaba ya en 1977 una pregunta en la *Am J Psychiatry*: "No hay duda de que, una vez que comienzan a medicarlos, son menos vulnerables a la recaída si mantienen el tratamiento con neurolépticos. ¿Pero si esos pacientes nunca fueran tratados con medicación...? Planteamos la posibilidad de que la medicación antipsicótica podría hacer que algunos pacientes fueran más vulnerables a futuras recaídas que las que tendría en el curso normal de la enfermedad." Posteriormente, dos investigadores canadienses de la Universidad de McGill, Guy Chouinard y Barry Jones²³ en 1978, en la misma revista, plantean una teoría de hipersensibilidad a la dopamina. Los neurolépticos bloquean los receptores D2 en el cerebro. Como respuesta compensatoria, el cerebro incrementa la densidad de estos receptores un 30% o más y este proceso hacía al paciente más biológicamente propenso a la psicosis, y empeora las recaídas cuando el tratamiento se interrumpe. "Una implicación es que la tendencia a la recaída psicótica en un paciente que ha desarrollado esta hipersensibilidad es mayor que la determinada por el curso normal de la enfermedad." En 2005 Philip Seeman²⁴ de la Universidad de Toronto informó que todos los agentes que desencadenan comportamientos psicóticos en animales (anfetaminas, polvo de ángel, lesiones en el hipocampo, manipulaciones de bloqueo de genes) provocan un aumento de receptores D2 con una alta afinidad de la dopamina. Estos resultados escribió Seeman²⁴ "implican que pueden haber muchos caminos hacia la psicosis, incluyendo mutaciones genéticas, abuso de drogas, o lesiones cerebrales, los cuales convergerían en una D2 High (de alta afinidad) que provocaría los síntomas psicóticos". En este mismo informe, Seeman²⁴ descubrió que el haloperidol y la olanzapina incrementan la densidad de los receptores de D2 de alta afinidad, y por lo tanto causan las anomalías que se habían identificado en modelos animales como la vía final a la psicosis. En 2007, Seeman²⁵ comprueba su teoría de los receptores de alta afinidad D2 en estudios con ratas y considera que el aumento de la hipersensibilidad durante el tratamiento en curso mina la eficacia del tratamiento.

La evidencia desde 1980 se basa también en descubrimientos con resonancias magnéticas con humanos. Raquel Gur²⁶ (1998): "Los mayores volúmenes cerebrales en los pacientes con esquizofrenia tratados, parecen ser hipertrofias

inducidas por la medicación. Esta hipertrofia podría reflejar una adaptación al bloqueo de receptores” o citas referidas a Andreasen²⁷⁻²⁹ ex-editora del *American Journal of Psychiatry*, quien en 2003 plantea un “trastorno progresivo del neurodesarrollo” caracterizado por una “reducción progresiva del volumen de sustancia blanca en el lóbulo frontal. En 2003 y 2005, Andreasen informó que este adelgazamiento cortical estaba relacionado con un empeoramiento de los síntomas negativos, un aumento del deterioro funcional y, tras cinco años, deterioro cognitivo. Ninguno de ellos síntomas diana del tratamiento farmacológico. En 2011, Andreasen informó que esta reducción estaba relacionada con los fármacos. El uso de neurolépticos antiguos (atípicos) y la clozapina estaba “asociado con menores volúmenes de tejido cerebral” con disminución tanto de sustancia blanca como de sustancia gris. Para Andreasen los neurolépticos “bloquean la actividad de los ganglios basales. El córtex prefrontal no recibe el input que necesita y es “apagado” por los fármacos. Esto reduce los síntomas psicóticos. También hace que el córtex prefrontal se atrofie lentamente” recogido en *New York Times*, Septiembre 16, 2008³⁰.

La perspectiva alemana sobre reducciones cerebrales provocadas por la medicación, representada en este taller por Aderhold³¹ (2015) dice que “considerando la contribución de los neurolépticos a los cambios estructurales en el cerebro, que parecen depender de la dosis acumulativa y que pueden ejercer efectos adversos en neurocognición, síntomas positivos y negativos y funcionamiento psicosocial, las guías para los tratamientos con neurolépticos de larga duración deben ser reconsiderados.”

También ofreció los datos del Proyecto Soteria de Loren Mosher³² publicado en 2003. Tras dos años, los pacientes del Soteria tenían puntuaciones más bajas en psicopatología, menos readmisiones en el hospital y mejor ajuste global. El 42% no habían sido expuestos nunca a los psicofármacos, 39% los usaron de forma temporal y el 19% los usó regularmente durante los dos años de seguimiento. “Al contrario de la percepción popular, la utilización mínima de neurolépticos combinada con intervenciones psicosociales especialmente diseñadas para pacientes recientemente diagnosticados de trastornos del espectro de la esquizofrenia, no sólo no es peligrosa si no que parece una mejor opción. Pensamos que la ecuación riesgo-beneficio asociada con la práctica común de medicar a casi todos los nuevos episodios de psicosis debe ser re-examinada.”

Y los trabajos sobre la psicosis tardía inducida por fármacos de Chouinard y Jones³³ (1982) en *Journal of Clinical Psychopharmacology* y Chouinard (1991)³⁴ en *Schizophrenia Research*, quienes informaron de que el 30% de los 216 pacientes ambulatorios de esquizofrenia que estudiaron, mostraban síntomas de "psicosis tardía" lo que significaba que su psicosis se estaba haciendo crónica. Cuando esto ocurre, escribieron, "la enfermedad parece peor que nunca antes. Aparecerán nuevos síntomas esquizofrénicos de mayor gravedad".

Así como, los datos de estudios interculturales de la OMS (1970, 1980) en los que los investigadores concluyeron que "estar en un país desarrollado es un potente predictor de no conseguir una remisión completa." También descubrieron que "los pacientes en países en desarrollo están caracterizados por una recuperación social excepcionalmente buena". En un seguimiento de 15 a 20 años, la diferencia en los resultados se mantuvo en el "estado clínico general, sintomatología, incapacidad y funcionamiento social." En los países en desarrollo, el 53% de los pacientes con esquizofrenia no volvieron a "estar psicóticos" nunca más, y el 73% tenían empleo. En este apartado se refirió al artículo de Jablensky³⁵ en un monográfico publicado en *Psychological Medicine* (1992) y un artículo de Hopper³⁶ (2000) en *Schizophrenia Bulletin*. Como pueden observar los lectores, diversas fuentes pueden consultarse sin necesidad de comprar el libro del autor y sin ser sospechosas de pseudociencia o de carecer de estatus científico. Otro ejemplo es la peer-reviewed *British Journal of Psychiatry* donde en 1990 Johnstone y colaboradores³⁷ publicaban un trabajo con 253 pacientes con primer episodio psicótico. En pacientes que estaban enfermos desde hacía menos de un año, los pacientes asignados al placebo tuvieron mejores resultados en ocupación a los dos años. "Este descubrimiento debe ser considerado como una indicación del posible coste social del mantenimiento de la medicación neuroléptica."

Estudios posteriores a largo plazo de pacientes psicóticos, como el de Martin Harrow³⁸ (2007) y el Estudio aleatorio de Lex Wunderink³⁹ publicado online en *JAMA Psychiatry* 2013, mantienen las afirmaciones de que los neurolépticos podrían empeorar la recuperación funcional, medida que debe incluirse como medida principal de resultado en los seguimientos a largo plazo.

El propio Thomas Insel⁴⁰, Director del NIMH comentando en 2013 los estudios de Wunderink y Harrow, al parecer llegó a afirmar “Necesitamos preguntarnos si a largo plazo, algunas persona con psicosis podrían estar mejor sin medicación”. Al menos, sí parece evidente, que no disponemos de verdades absolutas y debemos éticamente actuar en consecuencia. Whitaker mostró estudios interculturales, estudios con modelos animales, estudios de imagen con humanos, estudios de primeros episodios, estudios longitudinales prospectivos, estudios aleatorizados y estudios de adherencia negativos para los neurolépticos. Y Peter Tyrer⁴¹, editor de la *British Journal of Psychiatry* en 2012 plantea la necesidad de repensar los neurolépticos “Es hora de volver a evaluar la hipótesis de que los antipsicóticos deben ser siempre el tratamiento de elección para personas con psicosis.”. Ni uno ni otro niegan la existencia de pacientes que precisan ayuda ni el papel de los fármacos como una herramienta más. Whitaker presentó como alternativa el modelo Diálogo Abierto para el uso selectivo de neurolépticos, que se practica en Laponia Occidental (Finlandia) desde 1992. Los pacientes con primeros episodios psicóticos, no son inmediatamente tratados con neurolépticos. En vez de eso, son tratados con una atención psicosocial intensiva y benzodicepinas según las necesidades, para ayudarles a dormir. En caso de que los pacientes mejoren, los neurolépticos no se utilizan. Si, tras algunas semanas, no mejoran, se prescriben dosis bajas de neurolépticos. Una vez que los pacientes medicados están estabilizados, se intentará (tras aproximadamente seis meses) retirar gradualmente la medicación. Inevitablemente, citó a Jaakko Seikkula⁴²⁻⁴³ sobre la importancia de utilizar neurolépticos de una manera selectiva: “Tengo confianza en esta idea. Hay pacientes que pueden vivir de una forma bastante peculiar, y que pueden tener ideas psicóticas, pero que aun así pueden aferrarse a una vida activa. Pero sin son medicados, debido a la acción sedativa de los neurolépticos, pierden su “agarre a la vida” y esto es muy importante. Se vuelven pasivos y dejan de cuidar de sí mismos.”

Cierto es que se han seleccionado estudios y esto conlleva sesgo, pero creemos que las fuentes citadas y el arduo trabajo de revisión de Whitaker se merecen contra-argumentos igual de serios y documentados. Cerraba el ponente esta primera parte con una magnífica cita de Adlai Stevenson (1952), que nos gustaría hacer propia, “Si valoramos el conocimiento, de-

bemos ser libres para ir hacia donde la búsqueda pueda llevarnos.” Con la misma rigurosidad, nos presentó los dos bloques restantes que presentamos a continuación.

“Trastornos afectivos en la Era del Prozac”.

En el apartado “Trastornos Afectivos en la Era del Prozac”, inició con datos de prevalencia en los años 30 y 40, menos de uno de cada mil adultos sufría un episodio de depresión cada año (en EE.UU.). En 1955, había solamente 7.250 “primeras consultas” por depresión en los hospitales del estado y del condado de los EE.UU. El número total de pacientes depresivos en el sistema nacional de salud de ese año fue de 38.200.

El que hoy es un día un diagnóstico que muchos conciben con tendencia a la cronicidad, en 1964 se concebía, según datos aportados por Whitaker, uno de los trastornos con mejor pronóstico para una recuperación eventual con o sin tratamiento.

“En el tratamiento de la depresión, uno siempre tiene el hecho de que la mayoría de las depresiones siempre terminan por remisión espontánea. Eso significa que en la mayoría de los casos, independientemente de lo que se haga, el paciente comenzará a encontrarse mejor.” Nathan Kline⁴⁴, *Journal of the American Medical Association*, 1964.

Y los resultados a largo plazo presentados, desde Kraepelin en 1921, reflejaban también ese buen pronósticos de lo que era un “trastorno episódico” en palabras de Whitaker. Cita, entre otros, un estudio de Horatio Pollock⁴⁵ (1931) en Nueva York. En un estudio a largo plazo de 2700 primeros episodios de pacientes deprimidos, informaba que más de la mitad de los admitidos por un primer episodio nunca tuvieron otro episodio de depresión, y solamente el 17% tuvo tres o más episodios.

En esta parte de la exposición, el autor resume que en la época pre-anti-depresivos “la depresión clínica era principalmente un trastorno que afectaba a las personas mayores y era bastante infrecuente”. “La mayoría de los afectados podría esperar para recuperarse de un episodio depresivo un plazo de 12 meses (80% o menos), y a largo plazo, la depresión tenía un

curso episódico. La mitad de los pacientes con un primer episodio nunca experimentaban otro episodio lo suficientemente grave como para requerir una hospitalización, y sólo el 20% o menos se convertiría en enfermos crónicos."

A continuación, presentó datos sobre cómo varios autores ya en los primeros años mostraron preocupación por la cronicidad testada con el uso de antidepresivos. Van Scheyen⁴⁶, psiquiatra holandés (1973) se preguntaba: "¿Debe considerarse (el aumento en la tasa de recurrencia) como un efecto secundario adverso a largo plazo del tratamiento con antidepresivos tricíclicos?". En un metaanálisis de 1997, investigadores de Harvard⁴⁷ informan que el 50% de todos los pacientes a los que se le habían retirado los fármacos, presentaban recaída dentro de los siguientes 14 meses. También observaron que cuánto más tiempo había estado el paciente con los antidepresivos antes de la retirada del fármaco, mayor era la tasa de recaídas después de abandonarlo.

Esta enfermedad episódica parece convertirse en crónica en la era de los antidepresivos. A pesar de los resultados negativos en estudios de eficacia frente a placebo. La propia APA reconocía un cambio en el curso de la depresión en la era moderna. Libro de texto de Psiquiatría de la American Psychiatric Association, 1999:

Antes se creía que "la mayoría de los pacientes se recuperarían finalmente de un episodio depresivo mayor. Sin embargo, estudios más amplios han refutado esta suposición. Ahora se sabe que "la depresión es un trastorno altamente recurrente y pernicioso".

Y esta baja respuesta se mantiene en los resultados en tasas de remisión en un año en el estudio del NIMH de depresión medicada en pacientes del "mundo real". Los resultados publicados por Rush⁴⁸ (2004) mostraban que solamente el 26% respondió a los antidepresivos (50% de reducción de síntomas). Sólo el 6% remitió plenamente la depresión y luego se mantuvo en remisión después de un año. En 2006 el estudio ATAR*D⁴⁹⁻⁵¹ (*Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression*), un estudio colaborativo sobre el tratamiento de la depresión financiado por el NIMH, confirma según Whitaker que la depresión tratada con medicación camina hacia un curso cró-

nico. El análisis ATAR*D encontró que la efectividad de las terapias antidepresivas era probablemente aún menor que la informada por los autores, con una aparente tasa de abandono progresivamente creciente en cada fase del estudio (Pigott⁵², 2010).

Whitaker se pregunta de nuevo si los fármacos, en este caso antidepresivos, podrían agravar el curso de la enfermedad. En esta línea, nos dice que Giovanni Fava⁵³ (1995) escribía en *Psychotherapy and Psychosomatics*: "Los fármacos antidepresivos en la depresión podrían ser beneficiosos a corto tiempo, pero agravan el curso de la enfermedad a largo plazo, mediante el aumento de la vulnerabilidad bioquímica a la depresión... El uso de fármacos antidepresivos puede propiciar a la enfermedad un curso más maligno y más resistente al tratamiento". Según Scott Patten⁵⁴ (2004), los resultados de su estudio longitudinal son consistentes con la hipótesis del psiquiatra, editor jefe / director de la revista *Psychotherapy and Psychosomatics* Giovanni Fava de que "el tratamiento con antidepresivos puede conducir a un deterioro en el curso a largo plazo de los trastornos del estado de ánimo". Lamentablemente, no hay estudios aleatorios de buena calidad que comparen los resultados a largo plazo entre pacientes tratados con antidepresivos y pacientes nunca medicados. Pero sí disponemos de estudios "naturalistas", que a pesar de sus limitaciones por ejemplo con la cohorte no medicada, nos permiten tener una idea del curso de la depresión no medicada y de las diferencias con el curso de la depresión tratada con antidepresivos. Whitaker nos presentó el trabajo de Weel-Baumgarten y cols.⁵⁵ (2000) en los Países Bajos tras el transcurso de 10 años. En este estudio retrospectivo de 222 personas que habían padecido un primer episodio de depresión, mostró que el 76% de los no tratados con un antidepresivo se recuperaron y nunca recayeron, frente al 50% de los tratados. Y en sus conclusiones, los autores mencionan estudios previos "Al menos un estudio ha demostrado que los pacientes en la práctica general que reciben tratamiento antidepresivo como se recomienda en las guías tenían tasas más altas de recaída que aquellos que no recibieron terapia". Goldberg⁵⁶ (1998) publicó en *British Journal of General Practice* resultados similares "Aquellos que recibieron antidepresivos tuvieron significativamente menos síntomas generales y menos pensamientos suicidas que los tratados con sedantes a los tres meses de seguimiento. Al final de un año, las diferencias entre los grupos habían desaparecido". Los individuos no expuestos

a medicación psicotrópica (estuviesen diagnosticados o no) fueron los que obtuvieron mejores resultados. Estos investigadores obtuvieron resultados, contrarios a los previstos, que no apoyaban sus hipótesis de partida y no leemos afirmaciones rotundas, pero los datos están disponibles para quienes deseen revisarlos. Por su parte en Canadá, Dewa y sus colegas⁵⁷ (2003) en su estudio observacional alertaron de mayor riesgo de discapacidad a largo plazo para los trabajadores con depresión medicados. Los propios investigadores se preguntan “¿La falta de uso de antidepresivos refleja una resistencia a adoptar un papel enfermo y, por consiguiente, un retorno más rápido al trabajo?”. E, incluso, los antidepresivos podrían reducir los beneficios del ejercicio a largo plazo para pacientes deprimidos (Babyak⁵⁸, 2000). Después de 10 meses, los sujetos en el grupo de ejercicios tenían tasas de recaída significativamente más bajas que los sujetos en el grupo de medicación. El ejercicio por sí mismo durante el período de seguimiento se asoció con una probabilidad reducida de diagnóstico de la depresión al final de ese período.

De forma semejante a la exposición previa, nos mostró estudios que avalan una explicación biológica de por qué los antidepresivos pueden ser agentes depresógenos a largo plazo, induciendo cambios en el cerebro. Desde la evidencia en estudios con animales, estudios sobre mecanismos de tolerancia de Giovanni Fava⁵⁹ (2011) y las recientes afirmaciones de Paul Andrews y cols.⁶⁰ (2012) en *Frontiers in Psychology* en un trabajo titulado que lleva por título: *Primum Non Nocere: An Evolutionary Analysis of Whether Antidepressants Do More Harm than Good* (Ante todo no hacer daño: un análisis evolutivo sobre si los antidepresivos causan más daños que beneficios): “La mayoría de los antidepresivos perturban los niveles de monoamina en el cerebro, parece que hacen que el cerebro retroceda hacia atrás, lo que incrementa el riesgo de recaída cuando se suspende el fármaco... el uso de antidepresivos parece aumentar la susceptibilidad [biológica] a la depresión.” En esta ocasión, fue el equipo de investigación de la Universidad de McMaster (Ontario, Canadá), liderado por el biólogo evolutivo Paul Andrews, quién nos alertaba sobre el impacto de los antidepresivos en todos los procesos biológicos del cuerpo humano; con críticas no menos contundentes que las hechas por el equipo de Irving Kirsch⁶¹⁻⁶⁴ o David Healy⁶⁵.

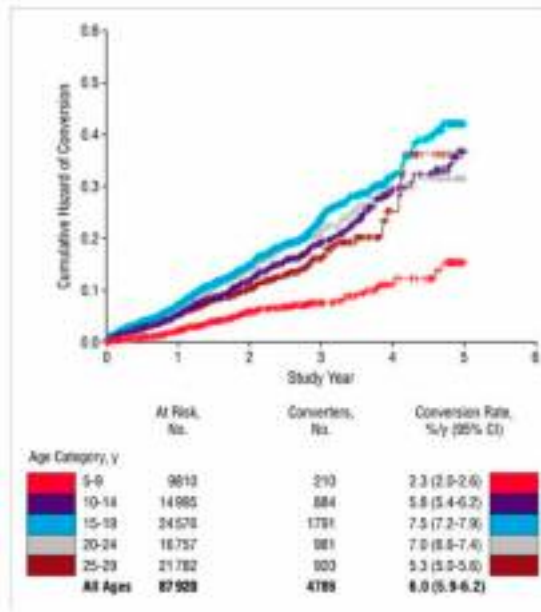
Y tras esta explicación biológica propuesta por diferentes investigadores de por qué los antidepresivos son depresógenos a largo plazo, Whitaker nos mostró varios trabajos recientes sobre la disforia tardía. Trabajos escritos por médicos y psiquiatras desde una perspectiva claramente biologicista. Es decir, opiniones también de investigadores que se centran estrictamente en los mecanismos bioquímicos de los fármacos y sus posibles consecuencias.

Rif El-Mallakh afirmaba a principios de los años 90, que en el 10-15% de los pacientes con depresión mayor presentaban depresión *resistente al tratamiento*. El-Mallakh y cols.⁶⁶ (2011) escribieron en *Medical Hypotheses* "Un estado depresivo crónico y resistente al tratamiento tiende a ocurrir en individuos que están expuestos a antagonistas potentes de las bombas de recaptación de serotonina durante largos períodos de tiempo. Debido al retraso en el inicio de este estado depresivo crónico, se etiqueta como disforia tardía. Que se manifiesta como un estado crónico de disforia que se alivia inicialmente de forma transitoria pero en última instancia no responde a la medicación antidepresiva. Los antidepresivos serotoninérgicos pueden ser de particular importancia en el desarrollo de la disforia tardía." ¿Antidepresivos deprimentes? se preguntaban Vispe y Valdecasas⁶⁷ (2011), al revisar este artículo enlazado en su blog postPsiquiatría. El-Mallakh y cols.⁶⁶. (2011) concluían que la disforia tardía debe considerarse en los estudios de la depresión resistente al tratamiento, y debería estudiarse con ensayos aleatorizados, ciegos, de discontinuación de antidepresivos.

Y continuaba Whitaker con el Boom Bipolar, comparando la prevalencia anual en la era pre-litio desde un caso cada 3000 hasta uno de cada 10.000 adultos con la preocupante prevalencia actual con un caso cada 50 adultos. Según los trabajos revisados por Whitaker, los antidepresivos incrementan el riesgo de que un paciente con diagnóstico "unipolar" se convierta en Bipolar. Nadie niega la existencia de casos de manía inducida por antidepresivos. Sin embargo, daba un paso más allá y presentó el trabajo de investigadores de Yale para cuantificar este riesgo de conversión. Martin y cols.⁶⁸ (2004) analizaron los registros de 87.920 pacientes, con edades de 0 a 29 años, inicialmente diagnosticados con ansiedad o con un trastorno de estado de ánimo no bipolar desde 1997-2001. El tiempo

medio de seguimiento fue de 41 semanas. Concluyen en este trabajo, disponible en Open Acces, que la edad del paciente es un modificador del efecto sobre el riesgo de conversión maníaca asociada al antidepresivo. El tratamiento con antidepresivos está asociado con los mayores riesgos de evolución a manía entre los niños de 10 a 14 años. Ver Gráfica 1.

Gráfica 1. Efecto de la edad en la conversión maníaca inducida por antidepresivos, estudio de Martin y cols. (2004).



Fuente: Age Effects on Antidepressant-Induced Manic Conversion
Arch Pediatr Adolesc Med. 2004; 158(8):773-780. doi:10.1001/archpedi.158.8.773
<http://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/485792>

El-Mallakh y Karippot⁶⁹ (2002), también texto completo disponible gratis en internet, "En una encuesta reciente de los miembros de la Asociación Depresiva y Maníaco-Depresiva [National Depressive and Manic-Depressive Association], el 60 % de los diagnosticados de bipolares dijeron que habían caído enfermos inicialmente con depresión mayor y se habían vuelto bipolares después de la exposición a los antidepresivos". En las conclusiones: "Aunque los antidepresivos parecen ser eficaces en el tratamiento

de la depresión bipolar aguda, su uso no está exento de riesgo. Los pacientes con trastorno bipolar que son tratados con antidepresivos pueden tener un riesgo elevado de manía, aceleración del ciclo o inducción de un estado disfórico irritable crónico”.

Nos señala Whitaker que Fred Goodwin, exdirector del Instituto Nacional de Salud Mental, explicaba en una entrevista de 2005 en *Primary Psychiatry*⁷⁰:

“Si creas iatrogénicamente un paciente bipolar, ese paciente es probable que tenga recurrencias de enfermedad bipolar, aunque se le retire el antidepresivo causante. La evidencia muestra que una vez que un paciente ha tenido un episodio maniaco, él o ella tiene más probabilidades de tener otro, incluso sin la estimulación del antidepresivo”.

Guy M. Goodwin (1994)⁷¹ en una revisión de la literatura indicó que en 14 estudios que involucraron a 257 pacientes con trastorno bipolar de primer episodio, más del 50% de los nuevos episodios de enfermedad ocurrieron dentro de los 3 meses de detención del tratamiento. “Se concluye que el litio no se debe introducir para el tratamiento profiláctico de la enfermedad bipolar a menos que o hasta que el doctor y el paciente entiendan que debe ser utilizado por un mínimo de 2 años. Si no existe un acuerdo de este tipo, entonces no es probable que un beneficio para el paciente tratado por un tiempo más corto, y parece bastante probable el daño, en forma de reaparición prematura de la manía”. Por lo que era necesario debatir sobre el uso, o no uso, del litio. Gitlin (1995)⁷² “Un funcionamiento psicosocial deficiente, especialmente la interrupción ocupacional, predijo un menor tiempo para la recaída. Las depresiones estaban más fuertemente relacionadas con la disfunción social y familiar. Incluso el tratamiento de mantenimiento farmacológico agresivo no previene un resultado relativamente pobre en un número significativo de pacientes bipolares”.

Whitaker nos trasladó la opinión de expertos que perciben diferencias en la “era pre-medicación” y la edad moderna. Mientras que en 1969 Winokur⁷³ afirmaba “No hay base para considerar que la psicosis maniaco-depresiva afectase de forma permanente a los que la padecían. En este sentido, es por supuesto diferente a la esquizofrenia”. “Aunque algunas personas sufrieron múltiples episodios, cada episodio era por lo general solo

“de unos meses de duración” y “en un número significativo de pacientes, sólo se produce un episodio de la enfermedad”. Una vez que los pacientes se recuperaron, por lo general, “no tenían dificultades para reanudar sus ocupaciones habituales”. Años después, en 1983, Koukoulos⁷⁴ describía el empeoramiento del curso a largo plazo de la enfermedad bipolar en la era de la medicación. “La impresión general de los clínicos, hoy en día, es que el curso de las repeticiones de la enfermedad maniaco-depresiva ha cambiado sustancialmente en los últimos 20 años. Las recaídas en muchos pacientes han llegado a ser más frecuentes. Se ven más manías e hipomanías... ciclos más rápidos y depresiones más crónicas” y en nuestros días se estudia el deterioro cognitivo a largo plazo o el riesgo de muerte prematura por enfermedades cardiovasculares, problemas respiratorios, enfermedades metabólicas, diabetes, fallo renal, etc. Al tiempo que, los expertos reconocen la disminución de los resultados o resultados pobres. Entre otros, citó a tres expertos no sospechosos de pseudocientíficos y sin conflictos de intereses conocidos:

Carlos Zarate⁷⁵, jefe del Programa de trastornos del estado de ánimo de NIMH, 2000:

“En la era previa a la farmacología, un resultado pobre en manía era considerado un acontecimiento relativamente raro. Sin embargo, los estudios de resultados modernos han encontrado que la mayoría de los pacientes bipolares muestran altos índices de deterioro funcional.”

Ross Baldessarini⁷⁶, Escuela de medicina de Harvard, 2007.

“El pronóstico para el trastorno bipolar fue considerado relativamente favorable alguna vez, pero los hallazgos actuales sugieren que la discapacidad y los pobres resultados son frecuentes, a pesar de importantes avances terapéuticos.”

En esta línea, dijo Fred Goodwin en 2008, en una reunión:

“La enfermedad ha sido alterada. Hoy tenemos un ciclado mucho más rápido que el descrito en la primera edición [de su libro, *Enfermedad maniaco-depresiva*], muchos más estados mixtos de lo que se describe en la primera edición, mayor resistencia al litio, y un mayor índice de fracaso del tratamiento con litio del descrito en la primera edición. La enfermedad no es lo que Kraepelin describió”.

Actualmente, se dice que la enfermedad bipolar es la sexta causa principal de discapacidad de carácter médico del mundo. En 1955, había 12.750 adultos hospitalizados con enfermedad bipolar en los Estados Unidos. Hoy en día hay cerca de seis millones de adultos con este diagnóstico en los Estados Unidos. Según la Escuela de Salud Pública Johns Hopkins School, el 83% de las personas diagnosticada con trastorno bipolar están "gravemente afectadas" en alguna faceta de sus vidas (5 millones de adultos). Tenemos una responsabilidad como sociedad, va más allá de responsabilidades individuales. Tituló Whitaker "el fallido paradigma del cuidado".

"Ahora ha llegado el momento de finalizar la revolución psicofarmacológica de 1952... todas las revoluciones tienen que llegar a su fin, y la psicofarmacológica ahora tiene que fundirse en un mundo más tranquilo, donde la terapia con medicamentos, que ha sido bastante aporreada en los últimos años y necesita nuestro apoyo, se unirá con otros enfoques en igualdad de condiciones y preferiblemente trabajando conjuntamente y no en conflicto."

Peter Tyrer⁴¹, Editor

British Journal of Psychiatry, August 2012

Una vez más, no niega la enfermedad ni la necesidad de tratamiento que es un argumento que se arroja rápido cuando se plantean estos debates, de un tiempo a esta parte muy asociados a la persona. Hablemos de los estudios, de los datos, de los análisis, etc. Hablemos por ejemplo del estudio de Harrow y Jobe (2007)³⁸: "Los datos longitudinales actuales sugieren que no todos los pacientes con esquizofrenia necesitan usar medicamentos neurolépticos continuamente a lo largo de sus vidas."

Y cerró este bloque con la incómoda conclusión de Peter C. Gøtzsche (2013) co-fundador de la Cochrane Collaboration, Director del Nordic Cochrane Center, autor de los libros "Medicamentos que matan y crimen organizado" (Libros del Lince, 2014)⁷⁷ y "Psicofármacos que matan y denegación organizada" (Libros del Lince, 2015)⁷⁸, donde Gøtzsche aborda el campo de la psiquiatría moderna:

"Sé que algunos excelentes psiquiatras ayudan mucho a sus pacientes... También sé que algunos medicamentos a veces pueden ayudar mucho a algunos pacientes. Y de ninguna manera yo soy un "antipsiquiatría". Pero mis estudios en esta área

me llevan a una conclusión muy incómoda: *Nuestros ciudadanos, estarían mucho mejor si eliminásemos todas las medicaciones psicotrópicas del mercado, ya que los médicos no son capaces de manejarlos. Es ineludible que su disponibilidad crea más daño que beneficio.*”

“No hay soluciones rápidas en psiquiatría, y los fármacos son muy raras veces la solución a los problemas de la gente” decía Gøtzsche⁷⁹ en una de las recientes entrevistas a medios españoles, a raíz de la publicación de sus libros, no menos controvertidos que “Anatomía de una Epidemia” del periodista de investigación Robert Whitaker.

“En fin, atravesamos épocas pesimistas en cuanto a la esperanza de que realmente pueda haber un cambio en la atención a la salud mental tal como la conocemos” dicen, en una reciente entrada de su blog postPsiquiatría, Vispe y Valdecasas (2016)⁸⁰. En esta entrada presentan quince trabajos del año en curso (y uno de 2014), con sus correspondientes enlaces (algunos a los artículos completos y otros a los abstract).

La epidemia se extiende a los niños.

“Medicar en TDAH ¿es esta una práctica basada en la evidencia?”.

Y tras la comida, nos quedaba el tercer bloque. No menos controvertido que los anteriores. Si ya a estas alturas habíamos recalcado y/o recordado la importancia del consentimiento informado en salud mental (más allá de la prescripción fuera de ficha técnica), las reflexiones en la Revista de Bioética y Derecho de Valverde e Inchauste (2014)⁸¹ y de la participación activa de las sociedades de pacientes, etc... hablar de niños y niñas medicadas a edades muy tempranas obliga a responder a la pregunta planteada por el ponente: Si se consideran los resultados a largo plazo, medicar en los casos de pacientes diagnosticados ¿es esta una práctica basada en la evidencia?”. El cambio inducido por el fármaco en la forma en que funciona el cerebro ¿Le proporciona al niño un beneficio a largo plazo, en particular en lo que respecta a los resultados funcionales?

Primero, nos situamos en la aparición del TDAH, un trastorno cuyas raíces médicas se remontan a 1902. Ese año el pediatra británico George Frederick Still, en su artículo sobre una serie de conferencias, publicado en la revista

"The Lancet"⁸², describió a un grupo de 20 niños con síntomas similares a lo que hoy en día se diagnosticaría como TDAH. Esos veinte niños tenían una inteligencia normal pero "presentaban arrebatos violentos, travesuras lascivas, destructividad y una insensibilidad al castigo" (Mayes⁸³, 2009). Still, ya entonces, pensó que se trataba de una enfermedad neurológica que no se debía a una mala crianza, sino que padecían "disfunción cerebral mínima"; aunque no hubiese ninguna enfermedad ni trauma evidente identificado.

Así, desde Still hasta los años 50, el TDAH era concebido como el resultado de un daño cerebral, después de observar que los niños que sobrevivieron a la epidemia de encefalitis letárgica de los años 1917 y 1918 o que sufrían una lesión cerebral, presentaban un cuadro clínico de alteraciones conductuales y cognitivas similar al descrito por Still años atrás. Sin embargo, las investigaciones indicaban que estos síntomas también se manifestaban en niños que no tenían una clara evidencia de haber sufrido algún daño en el cerebro, por lo que se pensó que el trastorno estaba causado por un daño cerebral muy leve y apenas perceptible o, más bien, una disfunción cerebral. Por lo que, el TDAH pasó a llamarse en un principio Daño Cerebral Mínimo y después, Disfunción Cerebral Mínima (DCM). En el DSM-I, publicado en 1952, decía que estos niños sufrían de un "síndrome cerebral orgánico".

Nos relata Whitaker que la idea de que los estimulantes podían ser beneficiosos para esos niños surgió en 1937, cuando Charles Bradley⁸³ administró una anfetamina recién sintetizada a niños hiperactivos que se quejaban de dolor de cabeza. Aunque no curó su dolor de cabeza, Bradley informó que "calmaba" a los niños y les ayudaba a concentrarse mejor en su trabajo escolar. Este informe permaneció prácticamente olvidado durante los 20 años siguientes, en 1956 Ciba-Geigy sacó al mercado Ritalin (melfenidato) como un tratamiento para la narcoplejía, presentándolo como una alternativa "segura" a las anfetaminas. Una serie de médicos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Johns Hopkins, que tenían conocimiento de los hallazgos de Bradley, consideraron que este nuevo fármaco podía ser útil para tranquilizar a niños "perturbados" con ese aparente "síndrome de daño cerebral".

Los psiquiatras no mostraron mucho interés durante la década de 1960 por recetar Ritalin a los niños nerviosos que iban a escuelas normales. En esa

época se tenía la impresión de que los fármacos, debido a sus riesgos, deberían administrarse sólo a niños hospitalizados o a niños de instituciones residenciales. La población de niños hiperactivos a los que se podía diagnosticar de “disfunción cerebral orgánica” era pequeña. Sin embargo, el uso psiquiátrico de Ritalin empezó lentamente a aumentar durante la década de 1970, de manera que a finales de dicha década había unos 150.000 niños en EE.UU. que estaban tomando el fármaco. Luego en 1980, en el DSM-III se identificó el Trastorno de Déficit de Atención como una enfermedad. En 1987, en la edición revisada del DSM-III ya hablan de trastorno de déficit de atención e hiperactividad. A continuación Ciba-Geigy ayuda a fundar Niños y Adultos con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (CHADD, según sus siglas en inglés), un “grupo de apoyo” que empezó a promover la conciencia pública de esa “enfermedad”. Finalmente, en 1991, CHADD consiguió que el Congreso incluyese el TDAH como discapacidad en la Ley de Individuos con Discapacidades de la Educación. Mayes⁸⁴ (2008) en *Harvard Review Psychiatry* indica que el TDAH surge, hoy incluso, principalmente por las quejas de profesores, pues “sólo una minoría de niños con el trastorno muestran síntomas en una inspección médica”. De pronto, podían encontrarse niños con TDAH en todas las clases. Según refleja en su libro Whitaker, hoy tal vez 3,5 millones de niños estadounidenses toman un estimulante por TDAH, y los Centros para el Control de Enfermedades informaron en 2007 de que uno de cada 23 niños del país de 4 a 17 años estaban medicados. Comparen ustedes mismos las cifras.

Aunque el público oye a menudo que la investigación ha demostrado que el TDAH es una “enfermedad cerebral”, lo cierto es que su etiología sigue siendo desconocida. La naturaleza de la disfunción cerebral con la que se especuló, pudiendo ser una idea razonable, nunca se determinó. Los niños de siete años nerviosos que en 1970 se consideraban holgazanes, inquietos, etc. desde 1980 con el DSM-III padecen un trastorno psiquiátrico. ¿Explica en algo estos cambios en las fronteras diagnósticas el aumento en niños (ellos tienen mayor probabilidad que ellas) tratados?. Tenemos en nuestra cabeza algún que otro cartel publicitario para Ritalin (“*Ritalin So Much Easier Than Parenting*”) y el artículo de Mikel Valverde en 2015⁸⁵, psicólogo clínico, “El arte de hacer visible lo invisible: el marketing en el TDAH” donde recoge la situación actual del Trastorno por Déficit Atencional TDAH, y se utiliza

como ejemplos dos documentos: El Libro Blanco-TDAH: hacer visible lo invisible, y la Guía de Práctica Clínica española sobre el TDAH en niños y adolescentes. Invita a la reflexión y a la revisión de la literatura médica.

La prescripción de fármacos a niños y adolescentes es un fenómeno relativamente reciente, ya que antes de 1980, eran pocos los jóvenes medicados. Primero medicamos a adultos diagnosticados de enfermedad mental, y como habíamos visto en las presentaciones de la mañana, muchos expertos en la materia consideraban que los resultados a largo plazo eran pobres e, incluso, en muchos casos peligrosos. Además, cuando empezó la "era psicofarmacológica", eran muy pocos los niños diagnosticados como "enfermos mentales". Había abusones, traviosos, holgazanes, taciturnos, etc., en las escuelas y la sociedad confiaba en que se convertirían en adultos normales. Sin embargo, desde que se empezó a medicar niños con psicótropos parece haberse replanteado la visión de la infancia. Enfermedades que parecían pasar desapercibidas han sido identificadas y sus fármacos "neuroprotectores" los convierten ahora en adultos normales, dice Whitaker tras revisar el gran salto de la psiquiatría en los escasos últimos 30 años. Y relata en su libro "Anatomía de una Epidemia"¹ como diferentes informes de profesionales cuentan la misma historia. Un estudiante que previamente había sido una molestia en clase se estaría quieto. Pasivo, plano emocionalmente con mayor juego en solitario, con menos interacciones sociales y/o menos curioso. Pero quieto. ¿Los fármacos ayudan al niño o al profesor? Niños con problemas de conducta o aprendizaje que no creen en su capacidad, pues necesitan sus "pastillas mágicas que me hacen ser un buen chico" (Soufre y Stewart⁸⁶, 1973).

Todo esto nos habla de un daño, de un fármaco que hace a un niño sentirse deprimido, solitario y con sentimiento de insuficiencia, y aunque pudiese centrarse en el examen de matemáticas resultó que no se traducía en un éxito en los estudios a largo plazo. Este fármaco, explica Soufre ya en 1973, estimula el rendimiento en "tareas rutinarias y repetitivas que exigen atención sostenida" pero "no parece que influya positivamente en razonar, resolución de problemas y en el aprendizaje". Cinco años después, Barkley y Cunningham (1978)⁸⁷ en una revisión concluyen "el efecto principal de los estimulantes parece ser una mejora de manejabilidad de la clase más

que el rendimiento académico”. A continuación Swanson y cols. (1991)⁸⁸ señalan que el hecho de que los fármacos dejaran a menudo a los niños “aislados, retraídos y excesivamente concentrados” podía “perjudicar más que mejorar el aprendizaje”. Y otros estudios que señalan que los problemas de comportamiento volvían a aparecer tras retirar el Retalin, sin pruebas contundentes de que continuar con el estimulante condujese a una mejora sostenida del comportamiento.

En este escenario nos situamos, en el que en pocos años pasamos de medicar a unos pocos niños hospitalizados o institucionalizados a emplear un medicamento psicoestimulante potencialmente adictivo con un elevado número de niños y adolescentes escolarizados, en muchas ocasiones antes de haber realizado intervenciones pedagógicas específicas, oportunos cambios ambientales en aulas abarrotadas, adaptaciones curriculares o agotar otras posibilidades antes de optar por un fármaco que tiene una estructura similar a la anfetamina, y está clasificado por la Agencia Antidrogas de Estados Unidos como un narcótico de clase II, es decir, se encuentra en la misma clasificación que las anfetaminas, morfina y la cocaína.

Nos recordaba Whitaker el mecanismo de acción, un paradigma para la comprensión de los fármacos psicotrópicos, propuesto por Hyman¹⁸, ex director del NIMH, en 1996. En resumen, lo presentado por la mañana:

- Los medicamentos psiquiátricos “crean perturbaciones en las funciones neurotransmisoras.”
- En respuesta, el cerebro pasa por una serie de adaptaciones compensatorias a fin de “mantener su equilibrio frente a las alteraciones en el medio ambiente o los cambios en el medio interno.”
- La “administración crónica” de los fármacos causan en consecuencia, “alteraciones sustanciales y duraderas en la función neuronal.”
- Después de unas semanas, el cerebro de la persona pasa a funcionar de una manera que es “tanto cualitativa como cuantitativamente diferente del estado normal”.

En el caso concreto de los estimulantes:

1. Los estimulantes aumentan la actividad de la dopamina en el cerebro.

2. Por ejemplo, en una dosis terapéutica, el metilfenidato (Ritalin) bloquea los transportadores que eliminan dopamina de la hendidura sináptica entre las neuronas y la devuelven a la neurona presináptica.

En Respuesta:

- Las neuronas presinápticas pueden comenzar a liberar menos dopamina.
- La densidad de los receptores de dopamina en las neuronas postsinápticas disminuye.
- El metilfenidato también actúa sobre las neuronas de serotonina y norpinefrina, y eso provoca cambios compensatorios similares en esos dos canales.

Pero, como afirma Moll (2001)⁸⁹ estos cambios compensatorios pueden no ser reversibles. En un estudio de ratas prepúberes expuestas a metilfenidato durante dos semanas, se observó una disminución drástica en la densidad de receptores de dopamina en el cuerpo estriado, que persisten en la edad adulta.

Preguntémonos entonces, este cambio inducido por el fármaco en la forma en que funciona el cerebro ¿Le proporciona al niño un beneficio a largo plazo, en particular en lo que respecta a los resultados funcionales?

Las observaciones clínicas tempranas del uso de estimulantes en el comportamiento global, nos describía los niños apáticos, sumisos, pasivos y socialmente retraídos de los que hablamos antes, en base a las citas recogida en el libro y presentadas en el taller. Tampoco se encontraron resultados esperanzadores en los logros académicos, más allá de tener niños más manejables en clase. Por lo que escuchando, o tras leer, estos datos (desgarrados teniendo en cuenta el número de niños medicados) uno espera que existan otros motivos razonables para usar anfetaminas en edades tempranas de desarrollo.

En 1999, el NIMH realiza un estudio para evaluar los resultados a largo plazo⁹⁰. El NIMH publicó su estudio del TDAH como el "primer ensayo clínico importante" que hubiese realizado hasta entonces el Instituto de "un trastorno mental infantil." Los niños diagnosticados fueron asignados aleato-

riamente a uno de cuatro grupos de tratamiento: solo medicación, terapia conductual, medicación más terapia conductual o el cuidado habitual de la comunidad. Al cabo de los 14 meses, “un manejo hábil y cuidadoso de la medicación” había demostrado ser “superior” al tratamiento conductual en la reducción de síntomas básicos del TDAH. Había también un indicio de que a los niños medicados les había ido mejor en las pruebas de lectura. Conclusión: “Puesto que el TDAH es ahora considerado por la mayoría de los expertos como un trastorno crónico, a menudo, parece necesario un tratamiento continuado”. Pero, al final de los 36 meses⁹¹, “el uso de medicación era un indicador significativo no de un resultado beneficioso, sino de deterioro. Es decir, los participantes que utilizaron medicación en el período de 24 a 36 meses mostraron, en realidad, un aumento de la sintomatología durante ese intervalo respecto a aquellos que no tomaban medicación”. Los niños medicados eran también más bajos, y tenían puntuaciones de delincuencia más elevadas.

Swanson (2008)⁹² analizando los resultados al tercer año dice: “Los resultados... no eran compatibles con las opiniones y expectativas sobre los efectos de la medicación en poder de muchos investigadores y clínicos en el campo. Es decir, los beneficios a largo plazo de un tratamiento continuado no estaban documentados; el sesgo de selección no tuvo en cuenta la pérdida de superioridad relativa de los medicamentos a través del tiempo; no hubo evidencia de crecimiento; y el tratamiento temprano con medicamentos no protegía contra resultados adversos posteriores”. Y Molina (2009)⁹³ con los resultados del estudio a los 6 años nos previene: al cabo de seis años, el uso de la medicación se “asocia con el agravamiento de los síntomas de trastorno de hiperactividad-impulsividad y desafío oposicional” y con un mayor “deterioro funcional general”. Previamente, en noviembre de 2007 en *The Guardian*, William Pelham⁹⁴, Investigador del estudio, afirmaba: “Habíamos pensado que los niños medicados más tiempo tendrían mejores resultados. Este no fue el caso. No hubo ningún efecto beneficioso. A corto plazo, [la medicación] ayuda a que el niño se comporte mejor, a largo plazo no. Y esa información debería comunicarse muy claramente a los padres”.

De forma similar Sachar (2002)⁹⁵ en Canadá, en una revisión de 14 estudios

que duraron un mínimo de tres meses, con la participación 1.379 jóvenes, los investigadores llegaron a la conclusión de que hay “poca evidencia de un mejor rendimiento académico” con estimulantes.

O McDonagh⁹⁶⁻⁹⁷ publica los resultados del *Drug Effectiveness Review Project* en la “Health and Science University” de Oregon. En 2005⁹⁶, después de revisar 2.287 estudios: “No hay evidencias de calidad sobre el uso de fármacos que afecten a los resultados en relación con el rendimiento académico global, las consecuencias de las conductas de riesgo, los logros sociales, etc”.

En 2009, Western Australian Department of Health⁹⁸ publica los resultados de un Estudio a largo plazo en Australia occidental de Fármacos para el TDAH. Conclusión: “La medicación no se traduce en beneficios a largo plazo en los resultados sociales y emocionales del niño, ni en el rendimiento escolar, ni en la mejoría de los síntomas”.

Whitaker nos resumió otro estudio de resultados a largo plazo, Quebec (2013), Currie, Stabile y Jones⁹⁹: “El aumento en el uso de fármacos se asocia con el aumento de la infelicidad y un deterioro de la relación con los padres. Estos efectos emocionales y sociales se concentran entre las niñas, que también experimentan aumentos en la ansiedad y la depresión. También vemos algunos indicios de deterioro en los resultados educativos contemporáneos, incluyendo el grado de repetición y las calificaciones en matemáticas. Cuando examinamos los resultados a largo plazo, nos encontramos con que los aumentos en el uso de medicamentos se asocian con el aumento de probabilidad de que los niños abandonen la escuela y con un incremento de la probabilidad de que las niñas sufran un trastorno mental o emocional.” Currie, Stabile y Jones⁹⁹ inician la discusión de los resultados encontrados diciendo “Este artículo examina el efecto de un “experimento natural” en Quebec que amplió enormemente el acceso a los medicamentos estimulantes y el consumo de estimulantes entre los niños con TDAH. Se podría haber anticipado que los aumentos en el acceso a la medicación estarían asociados con mejores resultados entre estos niños. En cambio, en realidad encontramos alguna prueba de efectos negativos. Algunos de estos efectos negativos son consistentes con los posibles efectos

secundarios conocidos de la medicación estimulante, especialmente la depresión.”

Alan Sroufe, profesor emérito de psicología en la Universidad de Minnesota, en el *New York Times* (2012) “Ritalin Gone Wrong”¹⁰⁰ resume para la población general la evidencia disponible:

“Los fármacos para el déficit de atención aumentan la concentración a corto plazo, que es la razón por la que funciona tan bien a los estudiantes universitarios para preparar los exámenes. Pero cuando se les administran a los niños durante largos períodos de tiempo, ni mejoran el rendimiento escolar ni disminuyen los problemas de comportamiento... Hasta la fecha, ningún estudio ha encontrado ningún beneficio a largo plazo de la medicación para el déficit de atención en el rendimiento académico, las relaciones entre iguales, o problemas de conducta, cosas que nos gustaría mejorar... Los fármacos también pueden tener efectos secundarios graves, incluyendo el retraso en el crecimiento”.

Lo que sí parece disponer cada vez de mayor evidencia, a medida que aumenta el interés en el campo y el paso de los años nos permite un análisis de consecuencias y daños, son los efectos adversos de los medicamentos para el TDAH: físicos, emocionales, psiquiátricos y, a pesar de todo, tras la retirada los síntomas del TDAH pueden llegar a empeorar. Nos presentó Whitaker los refutados de estudios con animales, resumidos por Marco (2011) en *Neuroscience and BioBehavioral Reviews*¹⁰¹:

“La exposición de los adolescentes al metilfenidato parece provocar consecuencias neuroconductuales persistentes: modulación a largo plazo de las habilidades de autocontrol, una disminución de la sensibilidad a los beneficios de la medicación y una mayor emotividad inducida por el estrés”.

Pero, también en humanos tenemos motivos para preocuparnos. Los estimulantes pueden inducir cambios de humor que son la base para el diagnóstico bipolar. Los estimulantes pueden inducir manía y psicosis:

- Cherland (1999)¹⁰² en un estudio realizado en Canadá, el 6% de los niños con TDAH tratados con estimulantes durante un promedio de 21 meses desarrollaron síntomas psicóticos.
- En un estudio de 195 niños bipolares, Demitri Papolos (1999)¹⁰³ ha en-

contrado que el 65% tenía “reacciones hipomaniacas, maniacas y agresivas debido a los medicamentos estimulantes.”

- DelBello (2001)¹⁰⁴ en la Universidad de Cincinnati informó que 21 de 34 pacientes adolescentes hospitalizados por manía habían estado bajo estimulantes “antes de la aparición de un episodio afectivo.” Si buscan este trabajo, verán que concluye que “Nuestros resultados sugieren que los tratamientos estimulantes, independientemente de la co-ocurrencia de TDAH, se asocia con una edad más temprana de inicio de trastorno bipolar.”

Con estos datos, nos presentaba Whitaker una tabla resumen de la relación Daños-Beneficios de los Estimulantes:

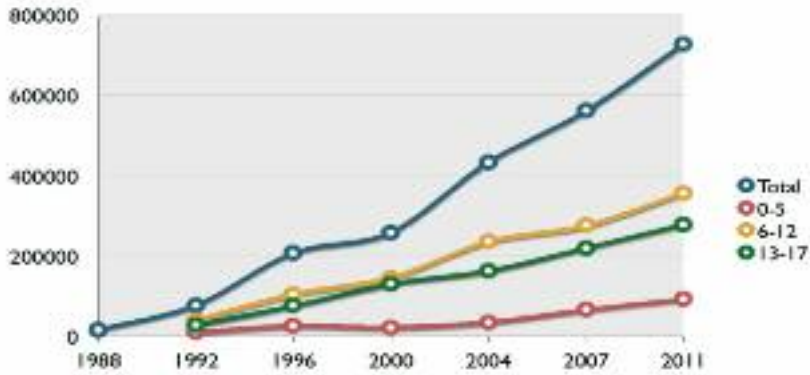
Tabla 1. Daños-Beneficios de los Estimulantes

BENEFICIOS	DAÑOS
Mejora a corto plazo de los síntomas de TDAH	No existe un beneficio a largo plazo en ningún área de funcionamiento
Posible mejora a corto plazo en la lectura	Efectos adversos físicos, emocionales y psiquiátricos
	Riesgo inducido por fármacos de transtorno bipolar juvenil
	Riesgo de conducta anormal en la edad adulta

Fuente: Presentación de Robert Whitaker , 14/05/2016 en Santiago de Compostela

Datos con una innegable resonancia ética y social que reflejan un abandono de la atención y protección de una parte desprotegida y necesitada de cuidado de nuestra sociedad. No en vano, somos la especie con mayor dependencia de los otros miembros en el momento del nacimiento y tendremos que dar cuenta de nuestras decisiones, al menos, en lo relativo a derechos.

Gráfica2. Niños de USA discapacitados por Enfermedad Mental beneficiarios del Gobierno, 1987-2011



Antes de 1992, los informes gubernamentales del SSI no desglosaban a los destinatarios en subgrupos de edad. Fuente: Informes de la Administración de la Seguridad Social, 1988-2007.

Fuente: Presentación de Robert Whitaker , 14/05/2016 en Santiago de Compostela

Y como buen invitado, cerró con un autor español que ya hemos citado y que ejemplifica el deseo de varios investigadores españoles de repensar el uso de estimulantes:

“Estos fármacos son los mismos estimulantes cuyas consecuencias perjudiciales son bien conocidos en otros usos en los adultos. En este trabajo se ha llevado a cabo una revisión exhaustiva de las fuentes de evidencia científica sobre la eficacia a corto y largo plazo de la medicación. El resultado es decepcionante y debería conducir a una modificación [Directrices de Práctica Clínica] del uso de los fármacos como herramientas de última instancia, solo en un pequeño número de casos y durante períodos cortos y limitados en el tiempo.”

Miguel Valverde Eizaquirre ¹⁰⁵

Rev Asoc Esp. Neuropsiq 34 (2014)

2. EL LIBRO

"ANATOMÍA DE UNA EPIDEMIA. MEDICAMENTOS PSIQUIÁTRICOS Y EL ASOMBROSO AUMENTO DE LAS ENFERMEDADES MENTALES"

Capitán Swing, 2.015

Traducido en una editorial que nos cae simpática, también, por su labor de recuperación. Ha reeditado los trabajos de nuestra admirada Barbara Ehrenreich "Por cuatro duros. Cómo (no) apañárselas en Estados Unidos", del que se puede leer un amplio comentario en:

<http://eljanoandaluz.blogspot.com.es/2014/04/por-cuatro-duros-como-no-apanarselas-en.html>

y "Por tu propio bien. 150 años de consejos expertos a las mujeres" en colaboración con Deirdre English:

<http://capitanswing.com/libros/por-tu-propio-bien-150-anos-de-consejos-expertos-a-las-mujeres/>

Robert Whitaker trabajó en Center Watch, "una empresa editorial que informaba sobre los aspectos comerciales de los ensayos clínicos de nuevos fármacos. Nuestros lectores procedían de empresas farmacéuticas, facultades de medicina, consultorios médicos privados y de Wall Street; y escribíamos, en general, sobre ese campo en un tono amistoso con la industria". A la vez escribía artículos y fue encontrando una serie de datos que le hicieron reflexionar sobre su punto de vista sobre los psicofármacos y su uso.

Tras dejarla la empresa en 1.998, siguió investigando a partir de las preguntas que le suscitaron ciertas referencias como los estudios de Harvard¹⁰⁶ y el de la OMS¹⁰⁷ (en este caso firmado por un elenco de sospechosos habituales).

En el libro se incluyen historias de pacientes y familiares y de sus experiencias con los fármacos. Historias de vida muy en la línea de cierta tradición de la sociología y el ensayo americanos.

Ha tratado de modo más amplio varios de los temas abordados en el taller, en particular sobre la construcción y pruebas de la hipótesis de los desequilibrios químicos:

"la hipótesis de la depresión por déficit de serotonina y la hipótesis de la esquizo-

frenia por altos niveles de dopamina habían sido siempre los dos pilares de la teoría de los trastornos mentales por desequilibrios químicos y, a finales de la década de 1.980, las dos se habían considerado insostenibles. También se habían divulgado otros trastornos mentales como enfermedades causadas por desequilibrios químicos, aunque sin prueba alguna que lo respaldara.” (p.95)

La tercera parte es el apartado más amplio del libro con un análisis pormenorizado de los resultados en relación a las benzos, la depresión (y los antidepresivos), el boom bipolar, etc. En cada uno de ellos se describe la *puesta en marcha* de nuevos medicamentos y su uso, su interacción con la conceptualización de la enfermedad o malestar a tratar... y los resultados, insistiendo una y otra vez en los hallazgos sobre los efectos del uso crónico, a largo plazo de los fármacos: patologías médicas, incapacidad inducida, etc... La inadvertencia y falta de reflexión sobre estos aspectos en el uso de psicofármacos con niños es *abraiante*. El incremento del número de pacientes psiquiátricos es un motivo recurrente a lo largo del libro, como contrapunto del relato triunfante de los avances farmacológicos.

Podríamos enfatizar el interés más concreto del libro, en relación a la clínica, más allá de los litigios entre “creyentes”, citando la recensión del libro por parte de Iván de la Mata¹⁰⁸, con la que nos encontramos mientras dábamos las últimas vueltas a este escrito:

“Whitaker hace una revisión de la literatura científica para las distintas clases de psicofármacos (ensayos clínicos aleatorizados, estudios observacionales, de cohortes, de ciencia básica, etc.) tanto a corto como a largo plazo. Sobrepasa la capacidad de estas páginas hacer un análisis detallado de la exhaustiva literatura que maneja, pero muchas de las referencias estudiadas son de lectura obligada. De este modo, llega a varias conclusiones que se pueden resumir esquemáticamente del siguiente modo:

- 1 - Los psicofármacos pueden producir efectos beneficiosos a corto plazo (por ejemplo, los neurolépticos en las crisis psicóticas), pero a largo plazo su eficacia disminuye y, como grupo, los pacientes que han dejado de tomarlos tiene mucho mejor pronóstico que los que continúan en ellos (es lo que ocurre con los neurolépticos en la esquizofrenia).
- 2 - Los efectos secundarios a largo plazo tanto físicos (metabólicos, neuro-

lógicos, dependencia, disfunciones sexuales, etc.) como mentales (embotamiento emocional, problemas cognitivos, etc.) empeoran la calidad de vida de los pacientes y acortan su esperanza de vida. Es decir, a largo plazo los daños superan a los beneficios, por lo que se deberían dar el menor tiempo posible o buscar alternativas antes de darlos.

3 - Muchas de las recaídas que se observan podrían explicarse por un fenómeno de retirada del fármaco, por el proceso de neuroadaptación que ha sufrido el cerebro ante la presencia prolongada de una sustancia psicotrópica que ha roto sus mecanismos de funcionamiento (por ejemplo, las psicosis por hipersensibilidad a los neurolepticos o la disforia tardía secundaria a los antidepresivos). En otras palabras, pueden empeorar la enfermedad que están intentando tratar.

4 - Fármacos indicados para un determinado trastorno pueden producir otro y, al no ser interpretado de esta manera, inducen una cascada de nuevos diagnósticos y nuevas medicaciones (por ejemplo los cuadros hipomaniacos inducidos por antidepresivos o estimulantes que son diagnosticados como trastornos bipolares).

Esta es la osadía de Whitaker, un periodista, un *outsider*, que interpela a la psiquiatría académica con sus propias herramientas de poder lingüístico: el lenguaje de los datos y sus interpretaciones discursivas. Como podemos ver en todas las referencias del libro, las preguntas, las hipótesis, las interpretaciones, etc., en definitiva, el germen del texto que recompone Whitaker, existe dentro del propio ámbito de la psiquiatría, pero ha sido retiradamente marginado por cuestionar el discurso psicofarmacológico oficial y el reduccionismo biomédico que domina la especialidad."

3. EL BLOG... Y ADEMÁS EN ESPAÑOL

Mad in America <http://www.madinamerica.com/>

El blog es un archipiélago de información acerca de la salud mental. Incluye artículos de investigación y relatos de personas que hablan de sus experiencias, hasta una línea de educación permanente en formato de video-blog: Mad in america continuing education

<http://education.madinamerica.com/>

En el encontramos a Courtenay Harding que conocíamos de su artículo “La interacción entre los factores biopsicosociales, el tiempo y la evolución de la esquizofrenia”¹⁰⁹⁻¹¹⁰

Courtenay Harding: How Vermont discovered the possibility of recovery
<http://education.madinamerica.com/p/how-vermont-discovered-possibility-recovery>

Desde hace poco tiempo hay una edición en español, locura, comunidad y derechos humanos), una versión hispanohablante. En ella se recogen traducciones del blog americano e informaciones propias; por ejemplo de las VI Jornadas de “La Revolución Delirante” que tuvieron lugar en Valladolid (España) los días 14 y 15 de octubre, sobre “coerción y violencia en salud mental”.

Mad in America: en español

Locura, Comunidad y Derechos Humanos

<http://madinamerica-hispanohablante.org/>

Pero también se encuentran guías, como una amplísima y muy interesante revisión, en pdf, sobre el manejo de neurolépticos a dosis mínimas:

Guía para utilizar los neurolépticos a dosis mínimas: por qué y cómo (2016) de Volkmar Aderhold y Peter Stastny y traducción de Jose A. Inchauspe y Miguel A. Valverde:

<http://madinamerica-hispanohablante.org/guia-para-utilizar-los-neurolepticos-a-dosis-minimas-por-que-y-como/>

Un pdf de 147 páginas de las que las 22 últimas son las referencias bibliográficas.

Antipsicóticos atípicos de liberación prolongada (Risperdal Consta, Xepion, Abilify Maintena, Trevicta): Despilfarrando el dinero de todos:

<http://madinamerica-hispanohablante.org/antipsicoticos-atipicos-de-libe->

racion-prolongada-risperdal-consta-xeplion-abilify-maintena-trevicta-des-pilfarrando-el-dinero-de-todos/

Nosotros firmamos esta “compilación” entorno a Whitaker, efectivamente no exentos de nuestros propios sesgos y desde nuestra construcción de la realidad. Sabemos algo de alguna cosa y poco o nada de fármacos. Por eso, hemos querido ofrecer las citas de los expertos y añadido alguna que otra lectura de compañeros y compañeras (médicos, psiquiatras, biólogos, farmacólogos, etc.) expertos en la materia, nada sospechosos/-as de pseudocientíficos. Solo pedimos que aquellos que están en otras posiciones, desde sus propios sesgos y su construcción de la realidad, nos ofrezcan para el debate argumentos también rigurosos, sin descalificaciones y presuponiendo buena fe.

Necesitamos rescatar una perspectiva crítica y constructiva en el campo de Salud Mental, similar a la de cualquier otra actividad científica o clínica. Debemos procurar un lugar de crítica y debate, donde poder reflexionar acerca de nuestro quehacer cotidiano, que sea de naturaleza laica, no colonizado por los creyentes, cuyas pugnas, al igual que las de los hinchas deportivos, se enraízan en la fe y no tienen que ver con el intercambio de argumentos racionales y los relatos y hechos que los han de avalar. Los puntos señalados en la cita de De la Mata¹⁰⁸ de más arriba, pueden ser un buen punto de partida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS, CITAS Y OTRAS FUENTES:

1. WHITAKER, R. (2015). *Anatomía de una epidemia: Medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales*. Capitan Swing.
2. WHITAKER, R., & Cosgrove, L. (2015). *Psychiatry under the influence: Institutional corruption, social injury, and prescriptions for reform*. Springer.
3. SILVERMAN, C. *The Epidemiology of Depression* (1968): 139. U.S. Social Security Administration Reports, 1987-2007.
4. R. ROSENHECK. “The growth of psychopharmacology in the 1990s.” *Int J of Law and Psychiatry* 28 (2005):467-83.

5. U.S. Social Security Administration, Annual Statistical Report on the Social Security Disability Insurance Program, and SSI Annual Statistical Report, 2010-2013.
6. U.S. Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. "Health, United States, 2014."
7. S. VIOLA, J. MONCRIEFF. "Claims for sickness and disability benefits owing to mental disorders in the UK: trends from 1995 to 2014." *BJ Psych Open* 2 (2016):18-24.
8. S. VIOLA, J. MONCRIEFF. "Trends in prescriptions and costs of drugs for mental disorders in England, 1998-2010." *Brit J of Psychiatry* 200 (2012):393-398.
9. AUSTRALIAN GOVERNMENT, *Characteristics of Disability Support Pension Recipients*, June 2011.
10. "Antidepressants: Global Trends." *The Guardian*, Nov. 20, 2013.
11. Danish government, *The Appeals Board, Statistics on Early Retirement*.
12. OECD. *Mental Health and Work: Sweden*, 2013
13. THORIACIUS, S. "Increased incidence of disability due to mental and behavioural disorders in Iceland, 1990-2007." *J Ment Health* 19 (2010): 176-83.
14. *Statistics New Zealand, Annual reports, 1999-2010*
15. STAHL, S. M. (2000). *Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications*. Cambridge university press.
16. JUCAITE, A., & NYBERG, S. (2012). *Dopaminergic hypothesis of schizophrenia: a historical perspective. Targets and Emerging Therapies for Schizophrenia*, 5-35
17. RONALD PIES. Disponible en:
<http://www.psychiatrytimes.com/blogs/psychiatry-new-brain-mind-and-legend-chemical-imbalance>
18. HYMAN, S. E., & NESTLER, E. J. (1996). "Initiation and adaptation: a paradigm for understanding psychotropic drug action". *The American Journal of Psychiatry*, 153(2), 151.
19. SANBOLII, J. (1975). "Comparison of two five-year follow-up studies: 1947 to 1952 and 1967 to 1972". *Am J Psychiatry*, 132(8).

20. RAPPAPORT, M., HOPKINS, H. K., HALL, K., BELLEZA, T., & SILVERMAN, J. (1978). "Are there schizophrenics for whom drugs may be unnecessary or contraindicated". *International Pharmacopsychiatry*, 13(2), 100-111
21. ADAMS CE, AWAD GA, RATHBONE J, THORNLEY B, SOARES-WEISER K. "Chlorpromazine versus placebo for schizophrenia" publicado en *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014.
22. CARPENTER, W. T., MCGLASHAN, T. H., & STRAUSS, J. S. (1977). "The treatment of acute schizophrenia without drugs: An investigation of some current assumptions". *The American Journal of Psychiatry*, 134: 14-20.
23. CHOUINARD, G., JONES, B. D., & ANNABLE, L. (1978). "Neuroleptic-induced supersensitivity psychosis". *The American journal of psychiatry*, 135(11), 1409-10.
24. SEEMAN, P. "Dopamine supersensitivity correlates with D2 HIGH states, implying many paths to psychosis". *Proceedings of the Nat Acad of Science* 102 (2005): 3513-18.
25. SAMAHA, A. N., SEEMAN, P., STEWART, J., RAJABI, H., & KAPUR, S. (2007). "'Breakthrough' dopamine supersensitivity during ongoing antipsychotic treatment leads to treatment failure over time". *The Journal of Neuroscience*, 27(11), 2979-2986.
26. GUR, R. E., MAANY, V., MOZLEY, P. D., SWANSON, C., BILKER, W., & GUR, R. C. (1998). "Subcortical MRI volumes in neuroleptic-naive and treated patients with schizophrenia". *American Journal of Psychiatry*, 155:1711-1717.
27. HO, B. C., ANDREASEN, N. C., NOPOULOS, P., ARNDT, S., MAGNOTTA, V., & FLAUM, M. (2003). "Progressive structural brain abnormalities and their relationship to clinical outcome: a longitudinal magnetic resonance imaging study early in schizophrenia". *Archives of general Psychiatry*, 60(6), 585-594.
28. ANDREASEN, N. C., MOSER, D. J., O'LEARY, D. S., & HO, B. C. (2005, April). *Longitudinal changes in neurocognition during the first decade of schizophrenia illness*. In *Schizophrenia Bulletin* (Vol. 31, No. 2, pp. 348-348). GREAT CLARENDON ST, OXFORD OX2 6DP, ENGLAND: OXFORD UNIV PRESS.

29. HO, B. C., ANDREASEN, N. C., ZIEBELL, S., PIERSON, R., & MAGNOTTA, V. (2011). "Long-term antipsychotic treatment and brain volumes: a longitudinal study of first-episode schizophrenia". *Archives of general psychiatry*, 68(2), 128-137.
30. ANDREASEN, N. (2008). *A interview with Nancy Andreasen*. New York Times, 16. Disponible en:
<http://www.nytimes.com/2008/09/16/health/research/16conv.html>
31. ADERHOLD, V., WEINMANN, S., HÄGELE, C., & HEINZ, A. (2015). *Frontale Hirnvolumenminderung durch Antipsychotika?*. *Der Nervenarzt*, 86(3), 302-323.
32. BOLA, J. R., & MOSHER, L. R. (2003). "Treatment of acute psychosis without neuroleptics: two-year outcomes from the Soteria project". *The Journal of nervous and mental disease*, 191(4), 219-229.
33. CHOUINARD, G., & JONES, B. (1982). Neuroleptic-induced supersensitivity psychosis, the "hump course," and tardive dyskinesia. *Journal of clinical psychopharmacology*, 2(2), 143-144.
34. CHOUINARD, G. (1991). "Severe cases of neuroleptic-induced supersensitivity psychosis: Diagnostic criteria for the disorder and its treatment." *Schizophrenia research*, 5(1), 21-33.
35. JABLENSKY, A., SARTORIUS, N., ERNBERG, G., ANKER, M., KORTEN, A., COOPER, J. E.,... & BERTELSEN, A. (1992). "Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures A World Health Organization Ten-Country Study". *Psychological medicine*. Monograph supplement, 20, 1-97.
36. HOPPER, K., & WANDERLING, J. (2000). "Revisiting the developed versus developing country distinction in course and outcome in schizophrenia: results from ISoS, the WHO collaborative followup project". *Schizophrenia Bulletin*, 26(4), 835-846.
37. JOHNSTONE, E. C., MACMILLAN, J. F., FRITH, C. D., BENN, D. K., & CROW, T. J. (1990). "Further investigation of the predictors of outcome following first schizophrenic episodes". *The British Journal of Psychiatry*, 157(2), 182-189.

38. HARROW, M., & JOBE, T. H. (2007). "Factors involved in outcome and recovery in schizophrenia patients not on antipsychotic medications: a 15-year multifollow-up study". *The Journal of nervous and mental disease*, 195(5), 406-414.
39. WUNDERINK, L., NIEBOER, R. M., WIERSMA, D., SYTEMA, S., & NIENHUIS, F.J. (2013). "Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction / discontinuation or maintenance treatment strategy: long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial". *JAMA Psychiatry*, 70(9), 913-920.
40. INSEL, T. (2013). *Director's blog: antipsychotics: taking the long view. Science.*
41. PETER TYRER. *The British Journal of Psychiatry* Aug 2012, 201 (2) 168; DOI: 10.1192/bjp.201.2.168. Disponible en: <http://bjp.rcpsych.org/content/201/2/168>
42. SEIKKULA, J., & OLSON, M. E. (2003). "The open dialogue approach to acute psychosis: Its poetics and micropolitics". *Family process*, 42(3), 403-418.
43. SEIKKULA, J., AALTONEN, J., ALAKARE, B., HAARAKANGAS, K., KERÄNEN, J., & LEHTINEN, K. (2006). "Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies". *Psychotherapy research*, 16(02), 214-228.
44. KLINE N.S. *The Practical Management of Depression*. JAMA. 1964; 190(8):732-740. doi:10.1001/jama.1964.03070210038007
45. POLLOCK HM. (1935). "The Depression and Mental Disease in New York State". *American Journal of Psychiatry*, 91:4, 763-771
46. VAN SCHEYEN, J. D. (1973). "Recurrent vital depressions. A follow-up study of 56 female and 28 male patients". *Psychiatria, neurologia, neurochirurgia*, 76(2), 93.
47. VIGUERA, A. C., BALDESSARINI, R. J., & FRIEDBERG, J. (1998). "Discontinuing antidepressant treatment in major depression". *Harvard review of psychiatry*, 5(6), 293-306.

48. RUSH, A. J., TRIVEDI, M., CARMODY, T. J., BIGGS, M. M., SHORES-WILSON, K., IBRAHIM, H., & CRISMON, M. L. (2004). "One-year clinical outcomes of depressed public sector outpatients: a benchmark for subsequent studies". *Biological Psychiatry*, 56(1), 46-53.
49. WARDEN, D., RUSH, A. J., TRIVEDI, M. H., FAVA, M., & WISNIEWSKI, S. R. (2007). "The STAR* D Project results: a comprehensive review of findings". *Current psychiatry reports*, 9(6), 449-459. DOI: 10.1007/s11920-007-0061-3
50. RUSH, A. J., WARDEN, D., WISNIEWSKI, S. R., FAVA, M., TRIVEDI, M. H., GAYNES, B. N., & NIERENBERG, A. A. (2009). STAR* D. CNS drugs, 23(8), 627-647. DOI: 10.2165/00023210-200923080-00001
51. Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR*D) NIMH website:
<https://www.nimh.nih.gov/funding/clinical-research/practical/stard/index.shtml>
52. PIGOTT, H. E., LEVENTHAL, A. M., ALTER, G. S., & BOREN, J. J. (2010). "Efficacy and effectiveness of antidepressants: current status of research". *Psychotherapy and psychosomatics*, 79(5), 267-279.
53. FAVA, G. A. (1995). "Holding on: Depression, sensitization by antidepressant drugs, and the prodigal experts". *Psychotherapy and Psychosomatics*, 64(2), 57-61.
54. PATTEN, S. B. (2004). "The impact of antidepressant treatment on population health: synthesis of data from two national data sources in Canada". *Population Health Metrics*, 2(1), 1.
55. WEEL - BAUMGARTEN, V., VAN DEN BOSCH, W. J., HEKSTER, Y. A., VAN DEN HOOGEN, H. J., & ZITMAN, F. G. (2000). "Treatment of depression related to recurrence: 10 - year follow - up in general practice". *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*, 25(1), 61-66.
56. GOLDBERG, D., PRIVETT, M., USTUN, B., SIMON, G., & LINDEN, M. (1998). "The effects of detection and treatment on the outcome of major depression in primary care: a naturalistic study in 15 cities". *The British Journal of General Practice*, 48(437), 1840-1844.

57. DEWA, C. S., HOCH, J. S., LIN, E., PATERSON, M., & GOERING, P. (2003). "Pattern of antidepressant use and duration of depression-related absence from work". *The British Journal of Psychiatry*, 183(6), 507-513.
58. BABYAK, M., BLUMENTHAL, J. A., HERMAN, S., KHATRI, P., DO-RAISWAMY, M., MOORE, K.,... & KRISHNAN, K. R. (2000). "Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months". *Psychosomatic medicine*, 62(5), 633-638.
59. FAVA, G. A., & OFFIDANI, E. (2011). "The mechanisms of tolerance in antidepressant action". *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 35(7), 1593-1602.
60. ANDREWS, P. W., THOMSON JR, J. A., AMSTADTER, A., & NEALE, M. C. (2012). "Primum non nocere: an evolutionary analysis of whether antidepressants do more harm than good". *Frontiers in psychology*, 3, 117. DOI: 10.3389/fpsyg.2012.00117.
61. KIRSCH, I., DEACON, B.J., HUEDO-MEDINA, T.B., SCOBORIA, A., MOORE, T.J., JOHNSON, B.T. (2008). "Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration". *PLoS Medicine*, 5, 2, e45.
62. KIRSCH, I. (2009). "Antidepressants and the placebo response". *Epidemiologia e psichiatria sociale*, 18(04), 318-322.
63. KIRSCH, I (2010). *The Emperor's New Drugs: Exploding the Antidepressant Myth*. Basic Books.
64. KIRSCH, I. (2014). "The emperor's new drugs: medication and placebo in the treatment of depression". In *Placebo* (pp. 291-303). Springer Berlin Heidelberg.
65. HEALY, D. (2012). *Pharmageddon*. Univ of California Press.
66. EL-MALLAKH, R. S., GAO, Y., & ROBERTS, R. J. (2011). "Tardive dysphoria: the role of long term antidepressant use in inducing chronic depression." *Medical Hypotheses*, 76(6), 769-773.
67. VISPE, A. Y VALDECASAS, J. (2011) "¿Antidepressivos deprimentes?". *Blog postPsiquiatría*. Accesible en <http://postpsiquiatría.blogspot.com.es/2011/10/antidepressivos-deprimentes.html>

68. MARTIN, A., YOUNG, C., LECKMAN, J. F., MUKONOWESHURO, C., ROSENHECK, R., & LESLIE, D. (2004). "Age effects on antidepressant-induced manic conversion". *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 158(8), 773-780. doi:10.1001/archpedi.158.8.773
69. EL-MALLAKH, R. S., & KARIPPOT, A. (2002). "Use of antidepressants to treat depression in bipolar disorder". *Psychiatric Services*, 53: 580-584.
70. Entrevista con Fred Goodwin "Advances in the diagnosis and treatment of bipolar disorder" consultada por Whitaker vía internet *primarypsychiatry.com*
71. GOODWIN, G. M. (1994). "Recurrence of mania after lithium withdrawal: implications for the use of lithium in the treatment of bipolar affective disorder". *The British Journal of Psychiatry*.
72. GITLIN, M. J., SWENDSEN, J., HELLER, T. L., & HAMMEN, C. (1995). "Relapse and impairment in bipolar disorder." *The American journal of psychiatry*, 152(11), 1635.
73. WINOKUR, G., CLAYTON, P. J., & REICH, T. (1969). *Manic depressive illness*. CV Mosby.
74. KUKOPULOS, A., CALIARI, B., TUNDO, A., MINNAI, G., FLORIS, G., REGINALDI, D. ET AL, "Rapid cyclers, temperament, and antidepressants". *Compr Psychiatry*. 1983; 24:249-258.
75. ZARATE JR, C. A., TOHEN, M., LAND, M., & CAVANAGH, S. (2000). "Functional impairment and cognition in bipolar disorder". *Psychiatric Quarterly*, 71(4), 309-329.
76. HUXLEY, N. AND BALDESSARINI, R. J. (2007), "Disability and its treatment in bipolar disorder patients". *Bipolar Disorders*, 9: 183-196. doi:10.1111/j.1399-5618.2007.00430.x
77. GÖTZSCHE, P. C. (2014). *Medicamentos que matan y crimen organizado*. Madrid: Lince, ed.
78. GÖTZSCHE (2015). *Psicofármacos que matan y denegación organizada*. Madrid: Lince, ed.
79. GÖTZSCHE (2016) "Las farmacéuticas inventan trastornos y enfermedades mentales para tener gente adicta a sus productos" entrevista en *el-*

diario.es Accesible en:

http://www.eldiario.es/consumoclaro/cuidarse/medicamentos-psiquiatria-psicofarmacos-peligros_0_517249096.html

80. VISPE, A. Y VALDECASAS, J. (2016) "Quince trabajos científicos recientes sobre psicofármacos (y una pesimista reflexión inicial)". *Blog postPsiquiatría*. Accesible en <http://postpsiquiatría.blogspot.com.es/2016/11/quince-trabajos-cientificos-recientes.html>
81. VALVERDE, M. A., & INCHAUSPE, J. A. (2014). "¿Hay lugar para el consentimiento informado en los tratamientos de las personas con psicosis?: una reflexión sobre el tratamiento de las psicosis". *Revista de Bioética y Derecho*, (30), 40-65.
82. STILL, GF "Some abnormal psychological conditions in children: The Goulstonian Lectures." *The Lancet*, 1902 1:1008-1012.
83. MAYES, R., BAGWELL, C., & ERKULWATER, J. L. (2009). *Medicating children: ADHD and pediatric mental health*. Harvard University Press.
84. MAYES, R., BAGWELL, C., & ERKULWATER, J. (2008). ADHD and the rise in stimulant use among children. *Harvard Review of Psychiatry*, 16(3), 151-166.
85. VALVERDE EIZAGUIRRE, M. (2015). El arte de hacer visible lo invisible: el marketing en el TDAH. *Norte De Salud Mental*, 13(52), 11-26.
86. SROUFE, L. A., & STEWART, M. A. (1973). "Treating problem children with stimulant drugs". *New England journal of medicine*, 289(8), 407-413.
87. BARKLEY, R. A., & CUNNINGHAM, C. E. (1978). "Do stimulant drugs improve the academic performance of hyperkinetic children?" *A review of outcome studies. Clinical Pediatrics*, 17(1), 85-92.
88. SWANSON, J. M., CANTWELL, D., LERNER, M., MCBURNETT, K., & HANNA, G. (1991). "Effects of stimulant medication on learning in children with ADHD". *Journal of Learning Disabilities*, 24(4), 219-230.
89. MOLL, G. H., HAUSE, S., RÜTHER, E., ROTHENBERGER, A., & HUETHER, G. (2001). "Early methylphenidate administration to young rats causes a persistent reduction in the density of striatal dopamine transporters." *Journal of child and Adolescent Psychopharmacology*, 11(1), 15-24.

90. THE MTA COOPERATIVE GROUP, "A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder". *Archives of General Psychiatry* 56 (1999):1073-86.
91. JENSEN, P. S., ARNOLD, L. E., SWANSON, J. M., VITIELLO, B., ABIKOFF, H. B., GREENHILL, L. L.,... & CONNERS, C. K. (2007). 3-year follow-up of the NIMH MTA study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(8), 989-1002.
92. SWANSON, J., ARNOLD, L. E., KRAEMER, H., HECHTMAN, L., MOLINA, B., HINSHAW, S.,... & GREENHILL, L. (2008). "Evidence, interpretation, and qualification from multiple reports of long-term outcomes in the Multimodal Treatment Study of Children with ADHD (MTA) Part II: Supporting details". *Journal of Attention Disorders*, 12(1), 15-43.
93. MOLINA, B. S., HINSHAW, S. P., SWANSON, J. M., ARNOLD, L. E., VITIELLO, B., JENSEN, P. S.,... & ELLIOTT, G. R. (2009). "The MTA at 8 years: prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study". *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(5), 484-500.
94. STRATTON A. Ritalin of no long-term benefit, study finds. *The Guardian*, Monday 12-11-2007. Accesible en <https://www.theguardian.com/news/2007/nov/12/uknews.health>
95. SCHACHAR, R., JADAD, A. R., GAULD, M., BOYLE, M., BOOKER, L., SNIDER, A.,... & CUNNINGHAM, C. (2002). "Attention-deficit hyperactivity disorder: critical appraisal of extended treatment studies". *The Canadian Journal of Psychiatry*, 47(4), 337-348.
96. MCDONAGH, M. S., & PETERSON, K. (2005). "Drug class review on pharmacologic treatments for ADHD". *Oregon Evidence-based Practice Center*, Oregon Health & Science University.
97. MCDONAGH, M. S., PETERSON, K., DANA, T., & THAKURTA, S. (2007). Drug class review on pharmacologic treatments for ADHD. Update, 2.
98. WESTERN AUSTRALIAN DEPARTMENT OF HEALTH, "Raine ADHD study: Long-term outcomes associated with stimulant medication in the treatment of ADHD children," 2009. http://www.health.wa.gov.au/publications/documents/MICADHD_R

aine_ADHD_Study_report_022010.pdf

99. CURRIE, J., STABILE, M., & JONES, L. (2014). "Do stimulant medications improve educational and behavioral outcomes for children with ADHD?". *Journal of health economics*, 37, 58-69.
100. ALAN SOUFRE. Fuente: *New York Times*, "Ritalin Gone Wrong," January 28, 2012. Disponible en <http://www.nytimes.com/2012/01/29/opinion/sunday/childrens-add-drugs-dont-work-long-term.html>
101. MARCO, E. M., ADRIANI, W., RUOCCO, L. A., CANESE, R., SADILE, A. G., & LAVIOLA, G. (2011). "Neurobehavioral adaptations to methylphenidate: the issue of early adolescent exposure". *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(8), 1722-1739.
102. CHERLAND, E., & FITZPATRICK, R. (1999). "Psychotic side effects of psychostimulants: a 5-year review". *The Canadian Journal of Psychiatry*, 44(8), 811-813.
103. PAPOLOS, D. (1999). "Bipolar disorder, co-occurring conditions, and the need for extreme caution before initiating drug treatment". *Bipolar Child Newsletter* 1 (Nov. 1999).
Disponible en <http://www.come-over.to/FAS/bipolar.htm>
104. DELBELLO, M. P., SOUTULLO, C. A., HENDRICKS, W., NIEMEIER, R. T., MCELROY, S. L., & STRAKOWSKI, S. M. (2001). "Prior stimulant treatment in adolescents with bipolar disorder: association with age at onset." *Bipolar disorders*, 3(2), 53-57.
105. VALVERDE EIZAGUIRRE, M. A., & INCHAUSPE ARÓSTEGUI, J. A. (2014). "Alcance y limitaciones del tratamiento farmacológico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en niños y adolescentes y Guías de Práctica Clínica: una revisión bibliográfica". *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 34(121), 37-74.
106. HEGARTY JD, BALDESSARINI RJ, TOHEN M ET AL. "One hundred years of schizophrenia: A meta-analysis of the outcome in the literature". *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1409-1416.
107. LEFF J, SARTORIUS N, JABLENSKY A, KORTEN A, ERNBERG G. "The international pilot study of schizophrenia: five-year follow-up findings". *Psychol Med* 1992; 22: 131-145.

108. DE LA MATA RUIZ, I. “Anatomía (incompleta) de una epidemia”. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2016; 36(130):539-548
109. HARDING, C. M. (1995). “The interaction of biopsychosocial factors, time, and course of schizophrenia”.
110. SHRIQUI, L. M. Y NASRALLAH, H. A. (Eds): “Aspectos actuales en el tratamiento de la esquizofrenia”. *American Psychiatric Press / Edimsa.* Madrid 1.996.

*INSTRUMENTAL. Memorias de música,
medicina y locura*

James Rhodes. Blackie Books. 2015

S.L.C.

“La música clásica me la pone dura”... Son las primeras palabras de, “Instrumental”, el libro de James Rhodes que anticipan el tono, tan franco como en ocasiones obscuro, de lo que vamos a encontrar en las páginas que siguen. Quizás sea este tono, o tonalidad, pues se trata de un músico, el más adecuado a lo que el libro cuenta, la historia de una vida destrozada por el abuso sexual de un profesor en la infancia y la redención de esa vida rota por la música clásica.



Desde los seis a los diez años, Rhodes, fue violado salvajemente por su profesor de gimnasia sin que nadie lo advirtiera y sin que el niño, por vergüenza, fuese capaz de contarlo:

Abusos. Menuda palabra. Violación es mejor. Abusar es tratar mal a alguien. Que un hombre de 40 años le meta la polla por el culo y a la fuerza a un niño de seis años no se puede considerar abuso. Es muchísimo más que un abuso. Es una violación con ensañamiento...

La vergüenza, dice Rhodes, es el motivo por el que no se lo contamos a nadie: *las amenazas funcionan cierto tiempo, pero no años. La vergüenza asegura el silencio y el suicidio es el silencio definitivo.*

Esas violaciones reiteradas a lo largo de años dejaron cicatrices (internas y externas), tics, trastorno bipolar, trastorno obsesivo-compulsivo, depresión,

ideación suicida, autolesiones, alcoholismo, drogradicción, paranoia, estallidos de rabia (*angerattacks*), trastorno por stress post-traumático, (*la hipervigilancia es uno de los síntomas más raros*), y trastorno disociativo de la personalidad, según el cual, dice Rhodes, *tengo trece identidades distintas*.

No sé si falta algo en el catálogo de perturbaciones que Rhodes dice haber padecido en los años siguientes a las violaciones. De un día para otro, pasó de ser un niño lleno de vida a convertirse en un autómeta aislado y apagado. Rhodes, escribe, que no va a describir con detalle los aspectos sexuales para mantener la cordura y porque algunos de vosotros, advierte, “podrías utilizar algunos fragmentos para alimentar vuestras fantasías sexuales” pero no renuncia a la tonalidad obscena porque lo ocurrido en el gimnasio en esos años le cambió la vida que pasó a ser asquerosa y no exista otra manera mejor de contarle sin recurrir a un lenguaje que a veces puede parecerle a algunos, también asqueroso. A los 10 años, cambia de colegio pero ahora es él quien se ofrece a colegiales mayores y adultos para conseguir cosas como dulces y sabe reconocer de modo inmediato la mirada de un pederasta. A los 13 ingresa en el internado de Harrow, un colegio de élite de 30.000 libras al año donde durante cinco años, “más de lo mismo” (promiscuidad y lavabos) pero con un profesor de piano eficiente. Añade otro descubrimiento, el alcohol, que era lo único que podía compararse al piano y al tabaco que había descubierto tiempo antes. A los 18, Universidad de Edimburgo. Esta vez son las drogas las que ocupan el tiempo de las clases a las que no acude: ácidos, cocaína o *speed*. Es un tiempo del que apenas recuerda nada pero que lo lleva al psiquiatra y a su primer ingreso. Alta. Se va a París. Sin que sepa las razones, deja de beber y de drogarse. Acude en Francia a narcóticos anónimos y a alcohólicos anónimos. Vuelve a Londres. Trabaja en la City, gana dinero. Nunca menciona el origen de sus ingresos pero es evidente que en estos primeros tiempos, nunca faltó el dinero en su vida, por familia o por su trabajo financiero. Se casa. Tiene un hijo que despierta sus temores¹. Interroga una y otra vez a los directivos del colegio al que pretende llevarlo sobre las medidas de la

¹ Su primera mujer que en el libro es tratada con respeto y afecto, presentó una demanda judicial para impedir la publicación del libro basándose en que podría afectar gravemente a su hijo. Después de perder la demanda en primera instancia, Rhodes, fue autorizado por el Tribunal Supremo a publicar el libro..

vigilancia que tienen para evitar los posibles abusos de los otros alumnos y de los profesores, en especial, los de gimnasia. Tiene periodos estables de poca duración. Deja el trabajo en la City y decide, ya que lleva 10 años sin tocar el piano, convertirse en representante de músicos clásicos. Acude a Verona para asociarse con un famoso representante que le pregunta si sabe tocar el piano y al asentir Rhodes, le pide que toque algo. Franco, el representante, le dice que lleva 25 años en el oficio y no había oído nunca a nadie tocar así, que no fuera pianista profesional. Le busca un profesor. Ensaya con él. Da su primer concierto público. Recae, ingresa en un psiquiátrico de nuevo, se intenta suicidar ahorcándose en el lavabo del pabellón pero lo rescatan los enfermeros. Un amigo lo manda a un centro especial de Phoenix. Allí mejora. El centro regido por un espíritu bíblico disimulado, le hace escribir listas de personas a las que ha ofendido, insultado o a las que debe algo. Hacen que las llame por teléfono y se disculpe con ellas. Mejora. Vuelve a Londres donde su mujer pide el divorcio. Se hunde de nuevo. Descubre que cortarse los brazos con cuchillas le da un “subidón” y se corta con frecuencia pero decide recuperar el piano otra vez abandonado. Ensaya horas, muchas horas. Sabe que muchas mujeres depresivas se unen a colas con la esperanza de encontrar en ellas alguien con quien hablar. El también. Un día, en una de esas colas, encuentra a Denis, un franco-canadiense de aspecto bonachón con el que conversa. Rhodes, se presenta como músico clásico. El canadiense le dice: *Bueno, no sé gran cosa de esa música; solo conozco una pieza de piano, la Chacona de Bach y Busoni que tocaba un amigo mío que estaba obsesionado con ella*. Una nueva epifanía. Arrastra a su nuevo amigo a la cercana sala Steinway. Toca para el los 17 minutos de la Chacona. La epifanía es esta vez la de su amigo que se ofrece a conseguirle una grabación si le trae un presupuesto de lo que costaría esa grabación. Será desde entonces su representante y es él quien hace posible la grabación de su primer disco, “autobiográfico”, *Cuchillas, pastillas pequeñas y pianos grandes*, donde, como no, incluye su propia versión de la Chacona.

Era la segunda iluminación epifánica con la Chacona de Bach-Busoni. En algún momento de su infancia arrasada, Rhodes, había encontrado en su casa una casete que pudo escuchar en su walkman:

Lo que apareció en mi existencia a los siete años fue la música. Concretamente la música clásica. Más concretamente, Johan Sebastian Bach...

Aún más concretamente. Lo que había encontrado era una grabación en vivo de esa Chacona de la segunda partita para violín solo de Bach, que lo acompañará toda la vida. Es una obra maestra pero resulta insólito que un niño de pocos años y en la situación de Rhodes, sin formación musical específica, tuviese una especie de epifanía al escucharla por vez primera, entrase en una especie de trance y decidiera en ese momento que la música (clásica) iba a ser no solo su refugio sino la razón de su vida: *“Esta pieza basta para convencerme de que en el mundo existen cosas que son más grandes y mejores que mis demonios...”*. Rhodes aprendió a leer partituras, se supone que por sí mismo, *“no resulta complicado”* y a tocar el piano del mismo modo, aunque ignorase la digitación y otros asuntos técnicos. Se levantaba antes que nadie en el colegio y ensayaba en uno de los dos pianos destartalados que había en una sala. Adoraba el piano y el tabaco... *lo único que podía equipararse con mi adoración... (por el piano)... era el tabaco, el puto tabaco. Lo mejor que se ha inventado desde que el mundo es mundo... el tabaco y el piano son los elementos centrales de mi vida...* Rhodes tiene sus razones para una adoración que reprobarían todas las autoridades sanitarias: *Lo que tiene el tabaco es que no te cuentan lo bien que sirve para ahogar sentimientos...* y los sentimientos, dice, positivos o negativos son asuntos peligrosos para gentes inestables mentalmente.

Su prosa no es ajena a toda la jerga psiquiátrica aprendida en sus estancias hospitalarias y en sus tratamientos con psicólogos y psiquiatras, tal vez por esa familiaridad, las descripciones de sus síntomas parecen ajustarse a los manuales diagnósticos. Es, un paciente “sabido”. Por su relato, es sin duda y “al menos”, un TOC y un Tourette porque los psiquiatras que lo atendieron en uno de sus internamientos añadieron a la lista diagnóstica ya mencionada por él unos cuantos diagnósticos más como autismo, anorexia, trastorno bipolar y trastorno límite:

También están los tics... que me acompañaban desde que empezaron los abusos. Se me van los ojos, tengo espasmos en las cuerdas vocales, suelto gruñidos y chillidos sin querer... y sin salir del trastorno obsesivo-compulsivo y del Tourette, tengo que tocar las cosas de una manera determinada... pulsar los interruptores de la luz el número correcto de veces

etcétera... si una parte de mi mano roza las teclas con la mano izquierda tenga que reproducir exactamente el mismo roce con la derecha... los tics mentales son mucho más fastidiosos... es imposible detener mis pensamientos pues si lo hago sucederán cosas espantosas...

Aunque Rhodes da a entender una relación que podría interpretarse como causal entre sus violaciones y sus tics no hay que se sepa, relación entre ellas². Rhodes, recuerda a Ray, el Tourette que Oliver Sacks recoge en su libro *El hombre que confundió a su mujer con un sombrero*. Ray, dice Sacks, que padecía el síndrome desde los cuatro años, tenía (como muchos otros pacientes de Tourette) una notable sensibilidad musical y difícilmente podría haber sobrevivido (emotiva y económicamente) si no hubiese sido un batería de jazz de fin de semana de auténtico virtuosismo, famoso por sus improvisaciones súbitas e incontroladas.

Podría pensarse que los adjetivos obscenos tan abundantes en su relato son los equivalentes escritos de las obscenidades orales del Tourette.

Conoce a la que sería su segunda mujer. Viven juntos varios años hasta que lo dejan de mutuo acuerdo. La nueva separación lo lleva de nuevo a los cortes, a los tics (que se habían atenuado mucho), a la vida desordenada, al insomnio, y no es lo mismo, dice, despertarse entre las 3,30 y las 4,30 (“una putísima mierda”) que a partir de las 4,30, hora en la que la situación ya no es tan grave *pues puedes dedicarte a dar vueltas en la cama y levantarte a las 5 con la seguridad de que otras muchas personas están haciendo lo mismo... pero si te levantas antes de esa hora, algo falla en ti...*

Una noche llamó, lo que era habitual, a su amigo Denis en la madrugada. Acudió a su casa. Denis le dijo:

James, tengo que decirte que me he hecho a la idea de que quizás no sobrevivas. Estoy preparado para que me llamen diciéndome que te han encontrado muerto, y por mucho que duela, estoy listo. Haz lo que tengas que hacer, pero, por favor, que sepas que ahora, la cuestión es responsabilidad tuya...

² Además de las anomalías de ganglios basales y otras regiones cerebrales hay algún caso que relaciona el Tourette con una dieta con gluten y su mejoría al suprimirlo.

Denis le dio dos libros de autoayuda para que los leyera. “Lo sé. Para potar”, escribe Rhodes, pero ese pequeño discurso de su amigo y esos libros lo ayudaron a sobrevivir. Tiempo antes, un psiquiatra irlandés, de los muchos que frecuentó, le había dicho en su primera entrevista algo parecido:

Bueno James, la verdad es que es que hay un 50% de posibilidades de que sigas ahí dentro de un año. Yo lo sé y tú lo sabes. Hay personas que sobreviven y otras... bueno, que no aguantan. Así son las cosas. A ver que podemos hacer para que tus posibilidades aumenten un poquito...

Supuso un cambio tan agradable ese modo de hablar, dice Rhodes, que tuvo ganas de aplaudir. Billy, el psiquiatra, “hizo más de lo que habría esperado para que yo esté bien (y sigue en ello)...

Rhodes es ahora un pianista reconocido que se comporta en sus conciertos de un modo que no es el tradicional en el mundo de la música clásica en el que la mayoría de sus integrantes son “unos gilipollas redomados”. Los intérpretes, son en su opinión, aunque “opinión” es un término poco adecuado, “socialmente retrasados, casi todos ellos situados en el espectro autista y del asperger, con un estilo de vestir lamentable (o jerséis de pederasta o frac y pajarita de otra talla), emocionalmente castrados, asexuados o amanerados...”. Los “guardianes” que dirigen las salas de conciertos, son “hombres blancos y viejos “que remolonean y toman champán” para los que todo cambio es monstruoso. A las discográficas las despacha con un tono semejante y a los críticos le basta con “gilipollas amargados, músicos fracasados, cabroncetes disfrazados” para ponerlos en el sitio que Rhodes cree que les corresponde. Rhodes puede dar sus conciertos en vaqueros y zapatillas deportivas, dirigirse al público para explicar y comentar la obra que se dispone a tocar y conversar al final con los espectadores. Las portadas de sus discos y sus títulos son también “atípicos”. Si su primer disco llevaba ya un título peculiar, el segundo, su favorito, *Freudians*, no era menos peculiar: “Ahora, por favor, que los freudianos se aparten”, frase sacada de un texto de su admirado Glen Gould.

El libro de James Rhodes no es solo la crónica de una vida destrozada por una violación en la infancia, es también, y de modo no menos importante, un relato sobre la capacidad de redención de la música (clásica). “Ahora sé que la música cura”, dice en uno de los capítulos finales del libro donde

abundan consejos que eran innecesarios después de las inferencias que cualquiera puede alcanzar al leer todo lo que antecede. Uno de esos consejos, en este caso, relevante, es el que sigue:

Comprad, robad o escuchad... estos tres discos. La Sinfonía nº 3 y la Sinfonía nº 7 de Beethoven... las *Variaciones Goldberg* de Bach por Glen Gould (la grabación de 1981), y los conciertos para piano 2 y 3 de Rajmaninov... En el peor de los casos, los habréis pagado, los odiareis y os habréis quedado sin el dinero que os habría costado comer fuera de casa. Decidme que soy gilipollas por Twitter y pasad a otra cosa. En el mejor de los casos, le habréis abierto la puerta a algo que os dejará anonadados, encantados, emocionados y conmocionados, durante el resto de vuestra vida...

Los 20 capítulos del libro van precedidos por una obra clásica comentada a la que sigue el relato de un período de su vida. Puede haber muchas otras selecciones de obras pero esta de Rhodes no es fácil de mejorar. Quien como yo, haya escuchado las *Variaciones Goldberg*, compuestas por Bach para aliviar el insomnio irredento de un príncipe, tocadas en un clavicémbalo y escuche ahora las grabaciones al piano de Glen Gould, (otro personaje excéntrico y genial), que propone Rhodes, sabrá porqué sus discos se siguen vendiendo a miles más de treinta años después de su muerte. Ningún otro pianista logra igualarlo, dice Rhodes. Después de esta *Aria da Capo* de las variaciones que también será la que preceda al último capítulo, Rhodes propone, la otra obra eterna que fue la responsable de su epifanía: la *Chacona* de la segunda partita para violín solo de Bach arreglada por Busoni y tocada por el propio Rhodes. Tanto en la versión original para violín como en los arreglos para piano o guitarra, (están todos en Youtube) esta Chacona “nos lleva por todas las emociones que conoce el hombre”. Schubert, Beethoven, Mozart, Ravel, Shostakovich, Bruckner, Scriabin, Chopin, Prokofiev, Schuman y Rajmaninov, algunos con dos obras, completan la selección que conviene oír a medida que se avanza en el libro porque son el contrapunto, terapéutico y salvador podríamos decir, de lo que el libro relata.

Hace unos años, Rhodes contó en un periódico que había sufrido abusos sexuales en su infancia. La que por entonces era la directora del Colegio le escribió una carta diciéndole que había notado algo raro pero que no imaginó que fueran abusos. La profesora se presentó en la policía y denunció, con años de retraso, lo sucedido. Rhodes identificó al culpable que fue localizado.

Trabajaba como profesor de boxeo con varios niños. Fue interrogado y acusado de 10 casos de pederastia pero sufrió un derrame cerebral y murió sin ser juzgado. Todavía no tiene el perdón de Rhodes.

Hay muchas más cosas en el libro. Algunas, incluso de mayor dureza de lo que aquí se contó parcialmente. Rhodes no llega a los 40 años pero su vida ha sido demasiado “todo” para que este resumen le haga justicia. Rhodes no es un gran escritor y su prosa es más cruda que brillante. Muchos matices de su historia, tan acertados como solo una víctima podía relatarlos, aparecen a veces apagados por el “fortissimo”, por la franqueza de su prosa, pero están ahí y no son difíciles de entender. Vale la pena leer el libro y escuchar sus propuestas musicales. La vida narrada en el libro, conmociona; la música, conmueve.

POSTDATA: Rhodes, tiene al menos, un colega que comparte sus esfuerzos para acercar de modo informal la música clásica a públicos poco familiarizados con ella. En el año 2007, Joshua Bell, un reconocido violista americano, por encargo del periódico Washington Post, en camisa y vaqueros, tocó durante una hora en el Metro, con su Stradivarius de más de tres millones de dólares, y con su gorra de beisbol en el suelo, piezas de varios compositores clásicos, entre ellas, la Chacona de Partita número 2 para violín solo de Bach, que había deslumbrado a Rhodes en su infancia. De las más de 1000 personas que pasaron por delante de él mientras tocaba, solo se detuvieron siete. Recaudó 30 dólares y dijo con humor, que podría vivir con esos ingresos si las cosas no le fueran bien. Tiempo después, Bell, volvió a tocar en el mismo lugar, esta vez rodeado por cientos de oyentes y de aplausos. Bell, viste de modo informal, toca en lugares no menos informales, compone música para películas, graba conciertos en su casa con amigos y colegas entre ellos, Chick Corea, Gloria Estefan o Sting y participa en todo tipo de programas para difundir la música clásica allí donde lo llama. Por fortuna para él, no tuvo la infancia de Rhodes pero comparte con él un mismo modo de hacer música.

El vídeo de su primer concierto en el Metro puede verse en:
https://www.youtube.com/watch?v=hnOPu0_YWhw

DRINKING IN AMERICA: our secret history

Susan Cheever. Twelve. 2015

S.L.C.

El prólogo adelanta las intenciones del libro ya anticipadas en el “*our secret history*” del título:

Desde el comienzo (*la llegada de los peregrinos del Mayflower en 1620*) el beber y las tabernas han formado parte de la vida americana tanto como las iglesias, los predicadores, las elecciones o los políticos. La interesante verdad, nunca enseñada en la mayoría de las escuelas y desconocida en la mayoría de las historias escritas, es que un vaso de cerveza, una botella de ron, un barrilete de sidra, un frasco de whiskey o incluso un Dry Martini fueron a menudo el silencioso tercer partido en tantas decisiones que formaron la historia americana desde el siglo XVII hasta el presente... Como el clima de Massachusetts con sus veranos húmedos y sus inviernos helados, el carácter americano oscila entre extremos... a veces parecemos capaces de moderar nuestro modo de beber. Otras veces, nos culpamos por todo... en algunas décadas prohibimos el alcohol y en otras bebemos tanto que sorprende a quienes nos visitan...



Lo que Cheever analiza en este libro es el papel del alcohol en los grandes acontecimientos de la historia americana y ese papel, no fue despreciable a pesar de que muchos, por no decir la mayoría de los historiadores americanos, o no lo tienen en cuenta o lo minimizan. El libro de Cheever, no es un elogio del beber. Reconoce su papel como elevador del ánimo, como lubricante social, como medicación, pero conoce bien, muy bien, el lado oscuro del alcohol pues ella misma fue alcohólica (“es”, aunque se mantiene sobria

desde hace muchos años) y su padre, John Cheever, un conocido escritor, autor del relato que pasó al cine como “El nadador”, (1968), lo fue también, así que no le faltaron razones personales para escribir este libro ni para dedicar otros a la biografía de Bill Wilson, el fundador de Alcohólicos Anónimos y a otras adicciones con el mismo perfil¹.

La historia del alcohol en los Estados Unidos empieza con lo que se convertirá en su mito fundacional: el Mayflower. El desembarco de los peregrinos del Mayflower en *Cape Cod*, en Massachussets², en noviembre de 1620, se debió a un error de navegación provocado por el excesivo y masivo consumo de cerveza y el agotamiento de las reservas de esa única bebida que se consumía a bordo³. El rumbo original y la autorización real para establecer una



colonia era Virginia, pero tripulación y pasajeros no bebían agua, que en los viajes largos se pudría en los toneles y no era potable, sino cerveza, como era costumbre en la Inglaterra de entonces por las mismas razones (las aguas urbanas estaban generalmente contaminadas por falta de saneamiento). Cada tripulante y cada pasajero tenían asignada una ración de cerveza de un galón al día (3,7 litros con una graduación de entre 5-6 grados) que utilizaban no solo como sustituto del agua y complemento alimenticio sino como alivio de las inmensas penalidades que tuvieron que afrontar en un viaje de nueve espantosas semanas en que las tormentas, el mareo y las dolencias

¹ Cheever dice de sí misma que “era una adicta a todo”: “como muchas mujeres, yo controlaba una adicción con otra...cuando beber se volvió un problema dejé de beber y empecé a comer. Cuando gané peso volví a beber o a gastar más dinero...”.

² Thoreau hizo tres viajes a Cape Cod entre los años 1849 y 1855 y publicó más tarde el relato de esos viajes en *Cape Cod* (Dando Pata, 2009) donde habla, entre otras muchas cosas, de los tiempos de los peregrinos. En su libro hay una erudita nota sobre Galicia: “La playa más próxima a nosotros del otro lado...exactamente al este, se hallaba en la costa de Galicia... el audaz cabo de Finisterre, un poco al norte...se adelantó hacia nosotros...”. Thoreau, era abstemio. Emerson, también vecino de Concord, se quejaba de que no era fácil hablar con un abstemio como Thoreau.

³ Puede consultarse al relato de los primeros tiempos de la colonia en:
<http://www.histarch.illinois.edu/plymouth/mourt1.html>

fueron habituales⁴. Cheever, escribe púdicamente, que todos los pasajeros y tripulantes estaban constantemente “impaired” y calcula que sus niveles de alcohol en sangre serían al menos de 0,8 durante todos los días de la travesía pero Cheever reconoce también, que, sin cerveza no hubieran resistido el viaje y sin ella, la historia de los Estados Unidos que hoy conocemos hubiese sido muy diferente.

A pesar de sus errores y penalidades, que desembarcaran en *Cape Cod* a unos cientos de millas de Virginia, sino afortunada, fue lo menos malo que les pudo suceder. La tierra a la que llegaron, unas dunas de arena que se extendían quilómetros con masas boscosas más allá de las arenas, no era muy acogedora. Había comida y agua fresca en abundancia pero los peregrinos desconfiaban del agua, no sabían pescar, marisquear, cazar ballenas, ciervos o conejos, ni apreciaban los productos agrícolas para ellos desconocidos que los indios *wampanoag* locales les podían suministrar. Las discusiones con el capitán del buque eran constantes por las escasas reservas de cerveza que había a bordo que el capitán negaba a los peregrinos pues las necesitaba para el viaje de vuelta que no pudo realizar hasta cuatro meses después. La mitad de los 102 desembarcados, con escasas provisiones, soportando un frío inclumemente, falleció en ese invierno de hambre y escorbuto. En la primavera, los supervivientes que vivían en las rudimentarias casas que habían conseguido levantar en su precario asentamiento bautizado como *Plymouth Harbor*, (entre ellas la cervecería y una taberna) recogieron su primera cosecha de cebada que transformaron en cerveza. Por entonces ya habían aprendido a romper las conchas de los abundantes mejillones, ostras y langostas lo que les permitió sobrevivir, solo sobrevivir. En los años siguientes, llegaron nuevos barcos con nuevos peregrinos pero muchos de ellos o llegaban tan hambrientos como los colonos o decidían volver a Inglaterra al ver las duras condiciones de vida en la colonia que podría haber desaparecido si los acontecimientos político-religiosos en Inglaterra y la represión alentada por el rey Charles I no hubiesen provocado lo que después se conoció como la *Great Migration* o la Gran Migración Puritana.

Aunque ser un “descendiente de los peregrinos del Mayflower” es una señal

⁴ Pasajeros y tripulantes comían carnes saladas de cerdo, vaca o caballo, algo de queso, guisantes y habas. Una dieta tal tampoco ayudaba a mantener la sobriedad a bordo.

de distinción en los Estados Unidos, no es a ellos a los que se debe ese punto aristocrático del que presumen algunas familias bostonianas. Los peregrinos eran evangélicos que habían abandonado Inglaterra para instalarse en Holanda porque no aceptaban ser miembros de la iglesia anglicana. Eran gente humilde, “parias” y formaban un grupo no demasiado numeroso entre los otros pasajeros del Mayflower que se habían sumado al viaje por motivos no religiosos. Diez años después de su llegada, una nueva expedición de 700 hombres, mujeres y niños embarcados en una flota de más de 10 buques con el *Arbella* como nave capitana trajo a los puritanos que también venían a América huyendo de la dura represión religiosa provocada por su negativa a formar parte de la iglesia anglicana. Detrás de ellos, llegaron 20.000 exiliados más que se establecieron un poco más al norte de la *Plymouth Harbor* de los peregrinos del Mayflower, en lo que hoy es Boston. Los puritanos eran calvinistas y entre ellos si venían nobles y gentes educadas que trajeron entre otras mercancías, 10.000 galones de cerveza, 120 toneles de malta para fabricar de modo inmediato cerveza, 12 galones de ginebra y ganado.

Los colonos que llegaban de Inglaterra tenían dos modos diferentes de beber y Norteamérica oscilaría cíclicamente desde entonces entre estos dos modos fundacionales. Uno, consideraba la libertad de beber y comer como una libertad esencial; el otro, quería limitar mediante leyes la bebida estableciendo restricciones según la edad o las horas para hacerlo. El primero, llevó a la alcoholización masiva de 1830 en adelante; el segundo, a la prohibición de 1930.

En las dos colonias, la taberna era el centro de todas las actividades locales, *una isla de libertad, un comfortable lugar para la conversación* donde tomar uno, dos o varios tragos. Comida, compañía, calor, abrigo, noticias, juicios, toda la actividad social tenía en ellas su espacio siempre acompañada por la bebida. *Las tabernas*, escribe Cheever, *fueron la cuna de la revolución*. En 1708 el capitán británico Thomas Walduck escribía:

En todos sus nuevos asentamientos la primera cosa que hacen los españoles, es construir una iglesia; la primera cosa que un holandés hace en una nueva colonia, es construir un fuerte pero la primera cosa que hace un inglés en el lugar más remoto del mundo o entre los indios más bárbaros, es, levantar una taberna...

Los peregrinos y puritanos no eran abstemios. Desaprobaban la embriaguez pero pensaban, como escribió el puritano de extravagante nombre Increase Mather, juez en los juicios de las brujas de Salem (1692-93), que *el beber y las tabernas eran regalos de Dios y la borrachera una criatura del demonio* y ese conflicto entre el modo libre de beber de muchos colonos y el modo de los peregrinos y puritanos que despreciaban la embriaguez fue expresado en leyes que todavía hoy son parte de las diferentes actitudes hacia el beber que forman el carácter americano. En 1635, la embriaguez, no el beber, era castigada en las dos colonias con el cepo o el látigo, pero el beber moderado o normal, era para las normas de hoy, excesivo y siguió siéndolo en los años siguientes aunque la dificultad para trazar la línea que separa el buen beber del mal beber no era fácil de precisar ni en tiempos de la colonia ni ahora.

En los primeros años del siglo XVIII las colonias eran famosas por su consumo exagerado de alcohol. Se estaban convirtiendo en “una nación de borrachos”. La cuarta parte de las casas de New Amsterdam (la Nueva York de hoy) se dedicaban a la venta de brandy, tabaco y cerveza. Beber era la norma entre todas las capas de población hasta el punto de que los jueces estaban frecuentemente borrachos. Se bebía en las bodas, y en los funerales, bebían los niños, los escolares, los campesinos y los universitarios. Se bebía al levantarse, en la comida, en la tarde, en la cena... Cuando Harvard se fundó en 1636 fue equipada con su propia cervecería.

El consumo medio de un americano en los años previos a la Guerra de la Independencia (1775-1783) era entre dos y tres veces el de hoy y ya no era solo cerveza o ginebra lo que se bebía. El ron, destilado a partir de las melazas de la caña de azúcar que llegaban de las colonias caribeñas, con la cerveza, ayudó durante la guerra de la Independencia al favorecer la confianza y el coraje de los soldados, disminuyendo su miedo y el dolor de los heridos. La famosa cabalgada de Paul Revere para advertir del avance de las tropas inglesas, empezó en una taberna y tuvo sus pausas en varias más. Los que tiraron por la borda el té cargado en los barcos ingleses en la bahía de Boston, (que inició la guerra de independencia) lo hicieron después de haber estado bebiendo durante horas. Quizás, escribe Cheever, las cosas hubiesen sido diferentes si estuviesen sobrios pero no lo estaban y esa embriaguez

cambió la historia. Los primeros presidentes de los Estados Unidos tuvieron que convivir con el alcohol con suerte diversa. Después de sus años como primer presidente de los Estados Unidos, Washington se retiró a su hacienda de Mount Vernon y se convirtió en uno de los principales productores de whiskey, vino y cerveza que elaboraba a partir de sus cultivos de centeno, maíz y viñas. En sus tiempos de general, durante la guerra de la Independencia, fue generoso con las raciones de ron que diariamente repartía entre las milicias pues conocía su valor como estimulante del coraje y como analgésico. Tampoco desconocía el valor del alcohol como “soborno” para ganar el favor de los votantes pues había perdido sus primeras elecciones por no haber donado ron y cerveza a sus posibles electores, error que no repitió en las siguientes elecciones que ganó con una generosa oferta gratuita de alcohol a los votantes “indecisos”. Washington, disfrutaba bebiendo. En un cuadro famoso pintado en 1848, aparece con un vaso en la mano y una botella de Madeira en la mesa, brindando con sus oficiales. Treinta años después, cuando el país entró de nuevo en una época de templanza, el cuadro fue re-pintado. Desapareció el vaso de su mano y la botella de Madeira se transformó en su famoso tricornio. Muchos de sus compatriotas habían tenido al terminar la guerra la misma idea que su heroico general. Las melazas que llegaban del Caribe para producir ron dejaron de hacerlo durante la guerra y tenían ahora que pagar impuestos elevados. Hasta entonces, esas melazas llegaban a través del infamante comercio triangular que traía esclavos africanos a las Antillas donde se vendían o cambiaban por melazas que se llevaban a las colonias americanas para ser destiladas y convertidas en ron para consumo local o para enviar a Inglaterra y de nuevo a la costa africana. Los campesinos que tenían abundantes excedentes de centeno y maíz, comenzaron a destilarlos para transformarlos en whiskey. El país se llenó de alambiques y los hábitos de beber cambiaron una vez más: de la cerveza de los peregrinos y puritanos, al ron de la guerra de la independencia y ahora, al whiskey, barato y fácil de producir. Lo que no cambió fue el consumo que seguía siendo muy elevado y se inclinaba ahora hacia bebidas destiladas de alta graduación. Hamilton, el secretario del Tesoro con Georges Washington, un abstemio militante, hijo bastardo de un noble británico alcohólico, impuso una tasa a estos destiladores que no estaban dispuestos a pagar después de haber combatido

en la guerra de la Independencia, entre otras cosas, para no tener que pagar a los británicos ese tipo de tributos⁵. La consecuencia fue la “Revolución del whiskey” que dejó algunos muertos antes de que los rebeldes accedieran a pagar las tasas. Si Georges Washington bebía sin problemas, su sucesor John Adams, segundo presidente de los Estados Unidos, no fue tan afortunado⁶. Él no era alcohólico aunque tomaba un tazón de sidra al levantarse pero dos de sus hijos lo fueron. Uno probablemente se suicidó y otro falleció de cirrosis hepática. Otro hijo, John Quincy Adams, no bebedor, fue el sexto presidente de los Estados Unidos pero el alcoholismo siguió corriendo en su familia en sobrinos y nietos. A lo largo de cuatro generaciones más de doce Adams estudiaron en Harvard que como la mayoría de los *colleges*, antes y ahora, escribe Cheever, era una incubadora de alcohólicos. Incluso hoy en día, cuatro de cada cinco estudiantes de los *colleges* beben en exceso y 2.000 mueren cada año por causas relacionadas con el alcohol. John Adams, fue consciente por vivirlo personalmente, del daño que el alcohol estaba provocando en su nuevo país y recomendó imponer tasas elevadas a los licores (no al vino y la cerveza) como único remedio para paliar el desastroso efecto del alcohol en la sociedad. Fue el destino de sus hijos el que llevó a Adams a odiar la bebida y a rechazar la idea popular y masiva que veía el beber como una manera necesaria y benevolente de hacer la vida más placentera. Thomas Jefferson, el tercer presidente, que comenzó a escribir la Declaración de Independencia en la *Indian Queen Tavern*, acompañada por una botella de Madeira, poseía una cervecería propia y estaba obsesionado con el buen vino. Los congresistas de esos primeros tiempos de la independencia bebían excesivamente pero no se consideraban a sí mismos alcohólicos, palabra y concepto que no existían por entonces hasta que Benjamin Rush, un amigo de John Adams, afirmó que existía el alcoholismo y que era una enfermedad.

En 1830 Estados Unidos era el pueblo más alcoholizado del mundo lo que asombraba a los visitantes extranjeros. Frederick Marryat marino y novelista británico (1792-1848) lo contaba así:

⁵ El problema era que pagaban tributos a la metrópoli sin tener representación en el Parlamento. Hamilton, mantuvo las tasas porque, decía, ahora si hay representación parlamentaria.

⁶ John Adams y sus hijos John Quincy y Charles Adams, desembarcaron en Ferrol en 1779 camino de Francia, viaje que hicieron por tierra. Su destino era el puerto bretón de Brest al que no pudieron llegar por una vía de agua en el buque francés en el que navegaban.



Estoy seguro de que los americanos no pueden hacer nada sin beber. Si se reúnen con alguien, beben; si se despiden, beben; si conocen a alguien, beben; si cierran un negocio, beben; si discuten, beben; si hacen las paces, beben...

En ese tiempo había una razón ambiental y económica que estimulaba el consumo de alcohol. Eran años en los que los agricultores americanos que pocos años antes habían empezado a producir whiskey, estaban produciendo una enorme cantidad de maíz que era difícil de exportar por su volumen y su costo.

Los granjeros convirtieron todos esos excedentes en whiskey de maíz que se vendía a un precio muy reducido lo que permitió un consumo masivo. Curiosamente, esos excedentes de maíz que el suelo fértil del Medio Oeste siguió produciendo, son también los responsables de la epidemia de obesidad que los Estados Unidos padecen desde hace décadas. Esta vez, el excedente fue transformado en jarabe de maíz con un muy elevado contenido en fructosa que se añadió a “todo”: yogures, galletas, *corn flakes*, pan, hamburguesas, Coca y Pepsi Cola...⁷.

John Chapman, nacido en 1794, que más tarde sería conocido como Johnny Appleseed o Juanito Manzanas entre latinos, es un caso relevante en la ocultación del papel del alcohol en la historia americana. Libros para niños, cientos de dibujos, películas de Disney, más de medio millón de entradas en Google, presentan a este hombre como una especie de san Francisco que deambulaba por el Oeste plantando manzanos antes de que llegaran los colonos a asentarse en esas tierras. Su aspecto y sus maneras eran las de un excéntrico: barba y pelo negros muy largos, caminante de pies desnudos, pantalones de harapos y a veces un cazo por sombrero, se le consideraba una especie de ecologista primitivo que regalaba a los colonos, aún por llegar, el fruto dulce de esos árboles. La verdad era muy diferente. Chapman no plantaba manzanos comestibles que precisan ser injertados

⁷ Martel, F. *Cultura Mainstream*. Taurus. 2011.

para obtener frutos aprovechables sino la variedad amarga solo útil para producir sidra que al congelarla permitía obtener un licor de manzana que podía alcanzar los 60°. Chapman llevó al Oeste remoto el alcohol y por ello fue apreciado por los colonos, muy alejados por entonces de cualquier otra fuente de suministro.

Durante el siglo XIX a medida que el consumo de alcohol se incrementaba lo hacían también las asociaciones por la templanza (*temperance*) que pretendían prohibir el consumo, o al menos restringirlo al vino y la cerveza. Que los campesinos bebiesen en exceso era un problema de salud sin consecuencias inmediatas demasiado graves. Que bebieran los trabajadores de la incipiente revolución industrial que trabajaban con máquinas era otro asunto que podía terminar en muertes propias o de los otros trabajadores. Era costumbre en los primeros tiempos industriales que se hicieran varias pausas en la jornada para beber pero esa costumbre fue suprimida poco a poco debido a los accidentes, bajas y bajo rendimiento de los trabajadores que además gastaban gran parte de su paga semanal en las tabernas al salir del trabajo y llegaban a sus hogares ebrios golpeando a sus niños y mujeres y privando a su familia de la parte salarial necesaria para vivir. Fue creciendo la opinión de que el alcohol estaba destruyendo el país y la democracia y comenzaron a surgir asociaciones que defendían la sobriedad o al menos el control de los licores fuertes. En 1829 había 1.000 sociedades por la templanza; en 1834, 5.000 con 11 millones de miembros. El consumo había llegado a su punto máximo desde los peregrinos y la aparición de las sociedades por la templanza anunciaba un cambio de actitud en la sociedad americana. En ese momento nacieron los *washingtonianos*, grupo de ex bebedores que sabían que nadie abandonaba el hábito por la razón o por la riña que se reunían entre ellos y prometían mantenerse sobrios ayudándose entre sí. Fueron los antecesores de los Alcohólicos Anónimos que los sucedieron cuando los *washingtonianos* se disolvieron por motivos políticos. El movimiento por la templanza quedó desde sus comienzos unido a la lucha por el voto femenino pues eran las mujeres, que no bebían, las que sufrían las consecuencias de la bebida de sus maridos sin que tuviesen la posibilidad de votar leyes que dificultaran ese consumo.

La guerra civil, (1861- 1865) volvió a elevar el consumo. El alcohol era

muchas veces el único analgésico disponible en las curas y amputaciones que servía también como quitamiedos, euforizante y estimulador del coraje. Bebían los soldados, bebían los médicos que casi siempre ebrios, eran rechazados por los soldados. Se decía que en la Guerra Civil se había luchado en los últimos años de la edad media médica. Las armas eran modernas; la práctica médica, antigua. El resultado fueron 700.000 muertos entre tres millones de combatientes, muchos de ellos por las negligencias de médicos borrachos. Había generales abstemios (muy pocos) pero el estratega al que al parecer se debe la victoria de la Unión, Ulises S. Grant, bebía y mucho. Lincoln, que era abstemio, no hizo caso de los que pretendían cesarlo por los elevados costes en vidas humanas que su estrategia ofensiva estimulada por el alcohol, provocaba. Decía, que necesitaba a ese hombre si quería ganar la guerra aunque conocía la idea de Grant, que para ganarla, sería necesario sacrificar una generación entera.

Cheever, no le dedica mucho espacio al Oeste en su libro. Hay pocos héroes abstemios en la historia americana pero dos de ellos estuvieron vinculados al Oeste: el general Custer y Wyatt Earp. El canal del Erie, inaugurado en 1825 entre Albany y Buffalo acortó el camino hacia el Oeste. Eran 400 millas construidas en su mayoría “a mano” por trabajadores irlandeses que recibían una abundante ración de whiskey diaria como parte de su salario. En las condiciones climáticas en las que se construyó, sin whiskey, es Cheever quien lo afirma, es muy dudoso que se hubiera terminado. El ferrocarril de costa a costa terminado después de la guerra civil permitía ir de Nueva York a California en cuatro días en lugar del año que duraba el viaje unas décadas antes. Antes del ferrocarril, al Oeste del Missisipi había indios y tramperos que vivían solos y se reunían unos días al año en un “rendez-vous” en las Montañas Rocosas para vender sus pieles, beber, bailar, tratar con mujeres y comprar lo que necesitaran. La Luisiana que había comprado Jeffersson a Francia había sido explorada y cartografiada por Lewis y Clark años antes en lo que se convertiría en una mítica exploración que terminó pocos años más tarde con la muerte por disparos, no se sabe si propios o ajenos, de un Lewis completamente alcoholizado. El ferrocarril trajo multitudes al Oeste: cada pequeño pueblo comenzaba con un salón y finalizaba con una escuela. El viejo modelo peregrino de, primero la cervecería, después lo demás, se repetía en el Oeste doscientos años después. El relato de Cheever es parco en informa-

ciones en este capítulo, tal vez, porque la historia del Oeste contada en miles de novelas y miles de westerns es de sobra popular. El historiador Frederick Jackson Turner hizo de la frontera el elemento fundamental de la cultura americana y su violencia y sus relaciones con el alcohol están bien documentadas en libros que Cheever no comenta: *Violent Land*, de David T. Courtwright, analiza la violencia que la presencia de hombres solteros, en su mayoría bebedores excesivos y con armas provocaba en esas tierras donde la relación hombre/mujer podía ser en los primeros tiempos, de 10 a 1 o la trilogía de Richard Slotkin, sobre todo, *Gunfigther Nation*, son muy relevantes en este sentido⁸.

Después de la Guerra civil el movimiento por la templanza se hizo más poderoso. No solo era el movimiento sufragista que luchaba por el voto femenino para hacer leyes que hicieran del hogar algo más habitable y menos violento mediante el control del alcohol. La llegada masiva de emigrantes de naciones “bebedoras”, irlandeses, italianos, alemanes, fortaleció el movimiento prohibicionista. En 1920, una enmienda a la constitución, la 18ª, y la Ley Volstead que desarrollaba la enmienda, convirtió los Estados Unidos en una nación “seca”, una nación de abstemios forzosos. La Ley tuvo desde el principio sus trampas. Permitía recetar whisky como medicamento (con lo que se despachaban 300.000 recetas al año), elaborar vino de misa (con el consiguiente incremento de ventas que no llegaban a las sacristías), o la fabricación de zumo prensado que si se dejaba expuesto al aire fermentaba y se transformaba en vino.

La prohibición (1920-1933) fue un desastre. Nunca fue respetada en las grandes ciudades ni en la misma presidencia del país (Harding, presidente entonces, y bebedor habitual, siguió bebiendo en la Casa Blanca), trajo consecuencias contrarias a las pretendidas e hizo surgir una nueva delincuencia organizada y mortífera que corrompió toda la sociedad americana incapaz de controlar los 9000 kilómetros de frontera con Canadá y los miles de *speakeasies*, las tabernas clandestinas en las que se bebía, se bailaba, y convivían

⁸ Jackson Turner.F. *History, frontier and section*. University of Nuevo Méjico Press.1993; Courtwright.D.T. *Violent Land: single men and social disorder from the frontier to the inner city*. Harvard University Press. 1996. Excelente libro que estudia las razones de la violencia en Estados Unidos desde la colonización a los guetos y la epidemia de drogas. Slotkin.R. *Gunfigther Nation*.Harper Perennial.1993. Libro no menos interesante centrado en el mito de la frontera (del Oeste) y su papel en la formación de la cultura americana.

hombres con mujeres y blancos con negros. Un periodista americano escribió que la historia de Estados Unidos podía resumirse así: *Colón, Washington, Lincoln, Volstead, segundo piso, pregunte por Gus...*⁹

Un año después de promulgarse la 18ª enmienda se aprobó la 19ª que permitía el voto femenino. Las sufragistas que habían impulsado la prohibición para pacificar sus hogares conseguían al fin ver reconocidos sus derechos. ¿Cómo pudo aprobarse la enmienda que prohibía beber? Se preguntaba Daniel Okrent: ¿Como un pueblo amante de la libertad decidió abandonar un derecho privado que había sido libremente ejercido por millones y millones desde la llegada de los primeros colonos al Nuevo Mundo?. Los que no bebían, responde Okrent, eran mucho más eficientes que los bebedores cuando se trataba de organizarse y conseguir la aprobación de la enmienda y eso a pesar de que la Constitución regulaba “solo” las actividades del gobierno no las individuales y privadas sobre las que incidía la enmienda. A que así ocurriera, ayudó la ausencia de multitud de soldados que no pudieron votar porque permanecían en sus destinos militares de la I Guerra Mundial y el recelo ante la inmigración masiva de bebedores de países europeos que llegaban en oleadas en ese tiempo.

Cheever, llega a escribir, con cautela eso sí, que la revolución rusa de 1917 fue la consecuencia de otra Ley Seca, la prohibición del vodka por el zar Nicolás II en 1914 para evitar que los soldados, como había ocurrido en las guerras anteriores, estuvieran demasiado borrachos para luchar. Los ricos rusos siguieron bebiendo pero los pobres no. La ley seca del zar barrió a los gobernantes bebedores y trajo a gobernantes abstemios como Lenin y Trosky que mantuvieron la prohibición y pedían a sus camaradas en los primeros días de la revolución que no bebieran, pues además de los efectos nocivos del vodka, existían numerosos licores destilados clandestinamente que eran tóxicos. Rusia, tiene hoy una ley seca parcial, después del intento fallido de 1985 de prohibir el vodka, como en tiempos del zar Nicolás II. La prohibición se retiró pocos meses después.

Cuando en 1932 se modificó la enmienda que establecía la ley seca, el con-

⁹ Vid: *La fractura: vida y cultura en Occidente, 1918-1938*. Philipp Blom. Anagrama. 2016.

sumo volvió a incrementarse casi a los mismos niveles del siglo XIX. De los siete premios Nobel de literatura americanos, cinco fueron alcohólicos: Sinclair Lewis, Eugene O'Neill, William Faulkner, Ernest Hemingway y John Steinbeck aunque no sé si Cheever considera americanos a T.S.Elliot y Saul Bellow, "anglo-americano el primero, candiense-americano el segundo, que con Pearl S. Buck y Tony Morrison son los nueve americanos premios Nobel de literatura. Con la excepción de Poe, los escritores del XIX no bebían en exceso (Thoureau, Melville, Emerson, Hawthorne, Whitman), y los del XXI tampoco, dice Cheever, pero los del XX en los tiempos que siguieron a la prohibición, bebieron por sus colegas del XIX y del XXI y en ellos hay que incluir además de los Nobel, a Dasiel Hammett, a Raymond Chandler, a Scott Fitzgerald y a tantos otros entre ellos, algunas mujeres y dos excepciones: Upton Sinclair que vivió con un padre alcohólico y Jack London. Cheever, piensa que la prohibición hizo el alcohol más atractivo para los escritores. Fue un tiempo en que escribir y alcoholismo eran casi sinónimos y se pensaba que crear, literaria o artísticamente, exigía beber. Hemingway presumía de haber bebido desde los 15 años y de que pocas cosas le habían proporcionado tanto placer. Faulkner escribió que *la civilización comienza con la destilación* y es famosa la réplica con la que un enfadado Sinclair Lewis respondió a un periodista: *¿Puede usted nombrarme cinco escritores desde Poe que no murieran por beber?...* Algunas razones, además del atractivo de la prohibición las propuso el psiquiatra Donald Goodwin:

Escribir es una forma de exhibicionismo; el alcohol reduce la inhibición e impulsa el exhibicionismo en muchas personas. Escribir requiere estar interesado en las personas; el alcohol incrementa la sociabilidad y hace más interesantes a las personas. Escribir implica fantasía; el alcohol la promueve. Requiere autoconfianza; el alcohol la refuerza. Escribir es un trabajo solitario; el alcohol alivia la soledad. Escribir demanda concentración intensa; el alcohol relaja...

Era el lado brillante del alcohol pero el lado sórdido y oscuro, la salud deteriorada, la familia rota, la ruina económica, el carácter pendenciero, el suicidio por no hablar del casi exterminio total de los indios (nativo-americanos) provocado por el alcohol con ayuda de las enfermedades europeas desconocidas y de las masacres. Un líder indio escribió que la conquista solo fue posible porque los indios estaban borrachos. El alcohol fue utilizado también

para controlar a los esclavos africanos. Cuatro de los escritores que eran alcohólicos en los años siguientes a la prohibición, se suicidaron. Antes de la Prohibición los hombres bebían mientras las mujeres en casa retorcían sus manos y lloraban pero varias mujeres que escribieron en los años 40 bebían como sus colegas masculinos: *En ese tiempo ser un escritor casi siempre significaba ser un alcohólico...* y muchos que eran o querían ser escritores abrazaron esa identidad sabiendo que arruinaría sus vidas.

A partir de 1980 los escritores americanos y la nación en su conjunto se alejaron lentamente de las borracheras y del fumar y comenzaron a correr o a ir a los gimnasios en vez de reunirse en los bares. Dejó de ser tolerable la conducta salvaje de los *partys* de los 50-60 o el acoso a la anfitriona, y nadie, (y si lo hace será sancionado) conduce de vuelta a casa borracho siguiendo la línea amarilla de la carretera para no salirse de la calzada. El nivel de alcohol permitido para conducir se fue reduciendo cada vez más y los Estados Unidos entraron en un nuevo período de moderación. Las películas muestran claramente esa evolución: las redacciones de los periódicos, las sesiones del Congreso, las reuniones de negocios, las comisarías, los estadios, los restaurantes, mostraban a todos o casi todos los participantes fumando y bebiendo. Sin importar el lugar o la hora, cualquier visitante era recibido con la casi obligada fórmula de: ¿Una copa?... Esas escenas han desaparecido de las películas modernas pero en su lugar, han aparecido las drogas que antes apenas tenían presencia. Los escritores siguen a veces bebiendo pero muy alejados de los consumos de los años posteriores a la prohibición. Una nueva oscilación del péndulo, esta vez hacia la sobriedad, se había producido.

En los tres capítulos finales del libro, quizás los menos convincentes, Cheever, se ocupa del senador de la “caza de brujas”, MaCarthy, un alcohólico confeso y paranoico que murió de cirrosis, de los escoltas de Kennedy a los que “acusa” de no haber estado vigilantes en la mañana del asesinato en Dallas por haber pasado la noche anterior bebiendo hasta altas horas de la madrugada y de la intolerancia al alcohol de Nixon, criado en una familia cuáquera abstemia que aprendió a beber en la Marina, al que a veces le bastaba una copa para emborracharse, cosa que ocurría con frecuencia en situaciones de crisis para su país que tenía que resolver Kissinger porque su presidente estaba en unas condiciones lamentables durmiendo la borrachera.

Cheever, por razones desconocidas, no estudia el rol del alcohol en la época de la Gran Depresión, que coincide en parte con los años de la ley seca, ni se ocupa de la *floating army*, del “ejército flotante” de millones de trabajadores nómadas que en ese tiempo recorrían el país en busca de trabajos temporales lo que deja un vacío en el libro que no es el único. Tampoco dedica mucho espacio a los nuevos modos de beber y a la substitución del alcohol por las drogas en las últimas décadas. A pesar de esos vacíos el libro es lo bastante interesante para que le sean perdonadas esas ausencias.

A SCIENTIST WONDERLAND:
a memoir of searching for truth and finding trouble

Edzar Ernst. Imprint-academic.com. 2015

S.L.C.

La ciencia no publicada... no es ciencia
Edzard Ernst



Escrito en una prosa que no es alemana sino inglesa, sin adornos, precisa, llena de humor y anécdotas curiosas, sensible y empática con los pacientes, crítica con las burocracias y las conspiraciones de sus colegas, dura con los comportamientos de los médicos austríacos y alemanes en la era nazi e irritada con los fanáticos de las medicinas alternativas de nuestro tiempo, este libro del doctor Ernst, es tanto un relato autobiográfico como una crónica de los avatares que tuvo que afrontar en sus investigaciones y peregrinajes. Ernst nació en Alemania (Baviera) en 1948 en una familia de larga tradición médica. Su padre sirvió en el ejército alemán durante la II Guerra Mundial, en el frente occidental en los primeros momentos de la guerra y más tarde en el frente ruso donde fue capturado y pasó un largo período como prisionero de guerra en Siberia. Liberado dos años después del final de la guerra, de sus tiempos como prisionero en Siberia, nunca quiso hablar con su hijo. Los años de postguerra no fueron años fáciles en Alemania y calentarse, comer o vestirse eran asuntos de supervivencia. Su madre, que era una defensora de las medicinas alternativas, muy extendidas en la Alemania de aquellos años y también en los siguientes (homeopatía, naturopatía, hidroterapia) y que eran practicadas a menudo por médicos, hacía levantar de la cama muy temprano a sus hijos para que caminasen descalzos sobre

la hierba húmeda o la nieve siguiendo uno de esos consejos médicos alternativos. Sus padres se separaron cuando Ernst tenía cinco años y su madre, que había dirigido con su padre un pequeño hospital de rehabilitación en los años anteriores a la guerra, compró con la ayuda de un tío materno un Spa en el sur de Baviera que convirtió en los años 60, en pleno despegue industrial alemán, en un centro con más de 500 camas. Había un problema: el socio de su madre, el tío Hans Jütter, había sido un general de las SS que, aunque no depurado, (testificó incluso contra Eichmann) no ayudaba a la buena fama del hospital por lo que su madre le compró su parte. Durante años, Ernst se sintió alguien sin patria. Había descubierto que muchos de sus maestros, familiares, incluso sus padres, habían tolerado o aún peor, apoyado con entusiasmo a Hitler: *el régimen nazi privó a esta generación de su autoridad moral y nos dejó a los niños sin amarras y a la deriva...* Ernst sentía vergüenza por ser alemán y no entendía como había sido posible lo que había ocurrido en los tiempos nazis. Quizás por eso y por su admiración por lo inglés, adoptó la nacionalidad británica en el año 2000.

La complicada infancia y juventud de Ernst, que vivió varios años con su padre separado de sus hermanos a los que se había llevado su madre después del divorcio, osciló entre el entusiasmo por la música de jazz (tuvo varios conjuntos), y la programada dedicación a la medicina que exigía su madre. Después de un año estudiando psicología, donde empezó a preocuparse con la pseudociencia al ver las peculiares teorías que defendían algunos de sus profesores, ingresó en la facultad de medicina donde se licenció con 30 años cumplidos. Su primer trabajo, en un tiempo en que abundaban los médicos en Alemania y eran escasos los empleos, fue en el *Hospital Homeopático de Munich* que trataba en sus 100 camas a pacientes crónicos con métodos homeopáticos y otras técnicas como la medicina herbal, la auto-hipnosis, o las sanguijuelas. Ernst, comprobó que a veces, las cosas funcionaban con esos tratamientos y pidió a su jefe que le explicara cual era a su juicio la causa de esos buenos resultados. Su jefe le dijo: *Principalmente se debe al hecho de que retiramos todas las medicaciones inútiles que los pacientes estaban tomando... y nunca olvide el increíble poder del placebo...* Su jefe no parecía atribuir ninguna eficacia a las diluciones homeopáticas ni a otros procedimientos por lo que Ernst no sabía si era un herético o un cínico.

A los seis meses dejó el Homeopático. En un viaje a Londres había conocido a una mujer de la que enamoró por lo que hizo las maletas y se fue a vivir con ella. Trabajó unos meses en un psiquiátrico inglés donde las condiciones no eran muy distintas a los de los de España de la misma época que abandonó en cuanto pudo para dedicarse a la investigación al conseguir un puesto en el laboratorio del *St. Georges Hospital* de Londres que investigaba la reología de la sangre para lo que tenía buenas acreditaciones pues había dedicado su Tesis Doctoral a la coagulación sanguínea. En el laboratorio del *St. Georges* adquirió la metodología de investigación, publicó numerosos trabajos y participó en reuniones internacionales. Dos años después, aceptó una plaza en un hospital de Munich donde esperaba combinar la investigación con el trabajo clínico en pacientes con trastornos circulatorios. La experiencia no fue satisfactoria debido a la ingente burocracia que le restaba tiempo para sus investigaciones y a sus conflictivas relaciones con el semanario médico *Müncher Medizinische Wochenschrift* con el que venía colaborando desde años atrás. Ernst, descubrió que el semanario no se había limitado a ser un observador neutral en el tiempo nazi sino que había publicado experimentos con prisioneros de los campos de concentración y se negaba ahora a reconocer aquellos hechos por lo que rompió su relación con el semanario y se trasladó a un hospital de Hannover no sin antes haber publicado uno de sus primeros trabajos sobre Naturopatía que le valió un premio. Su siguiente destino fue la cátedra de Rehabilitación que se había inaugurado en la prestigiosa *Escuela Médica de Viena*. El relato de estos años en Viena es duro y no solo por razones burocráticas: *El principio cardinal de Viena parece ser... ¿por qué hacer las cosas simples cuando pueden hacerse de manera complicada?*. El mundo médico de la Viena de esos años era enormemente corrupto. Las plazas vacantes se otorgaban por recomendaciones que a veces llegaban de Kurt Waldheim, por entonces presidente del país y más tarde secretario de la ONU que, dice Ernst, *había sufrido un misterioso caso de amnesia retrógrada en relación a sus actividades durante la era Nazi...* Los rumores, maquinaciones, chantajes, o amenazas veladas eran la forma habitual de ascender o hacer que descendieran los así aludidos. Las cosas empeoraron cuando Ernst, siempre inquieto con estos asuntos, comenzó a investigar el pasado de su Facultad en el período que va de 1938 (anexión de Austria por Alemania) a 1945.

Los resultados de su investigación los publicó en 1995 en *Annals of Internal Medicine* y ese artículo, aún hoy considerado por Ernst como el más importante publicado por él, tuvo repercusiones personales en forma de cartas llenas de odio, amenazas y acusaciones sin fundamento de apropiación de fondos por sus antiguos colegas vieneses. En el artículo, Ernst recordaba a sus desmemoriados colegas, que en 1938, 153 de los 197 médicos de la Facultad habían sido despedidos y el decano, el profesor Pernkopf, un nazi convencido, exigió a los demás profesores el certificado de sus antecedentes arios y el de sus esposas. En esos años, la esterilización había sido substituida por la eutanasia y varios niños fueron asesinados en el hospital pediátrico. Dos de los profesores participaron en los experimentos con prisioneros de los campos y fueron juzgados en Nuremberg. Uno fue condenado y el otro se suicidó. Para las láminas de su famoso Atlas Anatómico, el profesor Pernkopf había utilizado los cuerpos de esos niños asesinados en el hospital pediátrico y también cuerpos de los prisioneros de los campos. La denuncia de Ernst logró que a pesar de sus méritos, se retirasen los ejemplares aún a la venta del Atlas. Cuando al terminar la guerra se quiso depurar a los médicos con pasado nazi, solo 19 de los 200 miembros de la Escuela estaban libres de actividades nazis en el pasado. A pesar de ello, no fueron depurados (habría que hacerlo con casi todos los médicos vieneses) y el presidente de la Asociación Médica Austríaca tuvo el “valor” en 1945 de recomendar a los médicos despedidos en 1938, que no volvieran a Viena a su antiguo puesto de trabajo porque las vacantes eran pocas y ya “no había judíos que tratar”. De hecho, solo lo hicieron seis.

El anuncio de una convocatoria para cubrir una cátedra de Medicinas Alternativas en la Universidad de Exeter, en Inglaterra, permitió a Ernst escapar del ambiente vienés y comenzar su larga y complicada investigación sobre estas medicinas. La tarea no era fácil. A diferencia de Austria y Alemania, en Gran Bretaña las medicinas alternativas no estaban en manos de médicos sino de practicantes sin titulación. Los numerosos acupuntores, quiroprácticos, herbalistas, homeópatas, reflexologistas, iridologistas, ni habían estudiado medicina ni tenían entrenamiento fiable en sus disciplinas. Por si no llegara, se mostraban reticentes cuando no hostiles a la medicina y a la ciencia que consideraban el enemigo y defendían que sus terapias deberían estar eximidas de investigación científica. A pesar de su

insistencia en que no era, al menos de partida, hostil a esas medicinas y se proponía acreditar su seguridad, eficacia y costo de modo científico, los problemas fueron la norma desde el comienzo de su trabajo. La investigación en este campo, dice Ernst, difiere de cualquier otra en medicina. Hay un elemento de entusiasmo público por este tipo de terapias y hay que esperar presiones de orígenes diversos:

El campo de la medicina alternativa parece estar repleto de personas fundamentalistas que tienen una convicción evangélica, de chiflados incapaces de pensar con claridad, pseudoinvestigadores que nunca hicieron investigaciones reales... que no encuentran inusual investigar un tratamiento implausible y producir un falso resultado positivo detrás de otro...

Cuando al fin estuvo en condiciones de iniciar sus pruebas recibió la inesperada visita de un grupo de terapeutas con los que no contaba: los “sanadores espirituales”. Estos sanadores creen que existe una energía curadora que emana de fuentes cósmicas, divinas o de otras fuentes sobrenaturales que ellos pueden canalizar hacia los cuerpos de sus pacientes que son así capaces de curarse a sí mismos. En los años 90 del pasado siglo, había 14.000 de estos sanadores en Gran Bretaña, más que homeópatas, quiroprácticos, acupuntores, herbalistas y osteópatas juntos. Diseñar la investigación en este campo no resultó fácil. El problema era encontrar un placebo que pudiera satisfacer los criterios necesarios para considerar científica la investigación. Después de muchas discusiones llegó a un acuerdo con los cinco sanadores que participaban en la investigación. Eligieron el dolor crónico como sujeto a investigar y en doble ciego asignaron los pacientes aleatoriamente a cuatro grupos: 1 - Terapia aplicada por sanadores reales en presencia del paciente; 2- Terapia placebo aplicada por cinco actores simulando ser sanadores; 3 - Terapia aplicada por sanadores reales encerrados en un cubículo fuera de la vista del paciente; 4.-Terapia placebo sin nadie en el cubículo. Los resultados replicados posteriormente en otras investigaciones por otros equipos, mostraron que el dolor había disminuido en los cuatro grupos de pacientes con algunas mejorías espectaculares. La pequeña diferencia encontrada entre los cuatro grupos señalaba una mejor respuesta (pequeña) en el grupo placebo. La eficacia de la sanación espiritual se debía al efecto placebo.

El resultado planteaba un problema ético que alcanzaba también a algunas de las otras terapias alternativas: ¿Por qué privar a miles de pacientes de esa terapia ya que a pesar de basarse en el efecto placebo hacía que mejorasen sus síntomas?... ¿Deberían hacerse públicos los resultados?. La respuesta de Ernst fue, sí:

La administración de placebos a un paciente puede ser no-ética y peligrosa... algunas formas de medicinas alternativas no son inertes... pueden causar serios efectos por sí mismas... Cualquier tratamiento efectivo... generará un efecto específico además de un efecto placebo... si los clínicos dan a sus pacientes un tratamiento efectivo con empatía y compasión generarán una respuesta placebo además de la respuesta al tratamiento efectivo elegido... (esos efectos no específicos)... son elementos esenciales en medicina... y son la razón por la que los pacientes del estudio experimentaron menos dolor... (pero, esos efectos no específicos claramente útiles) nunca pueden ser una razón suficiente para usar deliberadamente placebos en lugar de los tratamientos establecidos... los clínicos que solo usan placebos –cuando hay una terapia efectiva disponible– están engañando a sus pacientes...

La acupuntura tuvo también sus problemas a la hora de encontrar un placebo adecuado. El equipo de Ernst, diseñó una aguja retráctil que “parecía que” se introducía en la piel del paciente sin hacerlo. Los resultados: no diferencia entre los dos grupos (efecto placebo: los dos eran igualmente efectivos en un porcentaje de casos) pero el mismo problema ético que con la sanación. Los acupuntores interpretaban además los resultados de los dos grupos como “efectivos” convirtiendo un resultado negativo en positivo.

En las dos últimas décadas, dice Ernst, la medicina alternativa ha comenzado un importante ascenso en un clima de sin-razón: *hemos asistido a la emergencia de una cultura que es curiosamente indiferente al concepto de verdad... No hay una sola verdad ahora. Hay varias, intercambiables y de igual peso y consideración.* Ese popularidad de las medicinas alternativas la atribuyó la antropóloga Mary Douglas en su libro “Estilos de Pensar”¹, (Ernst, no la menciona), a la “delicadeza” de estas medicinas en las que ni para hacer el diagnóstico se hace violencia alguna contra la privacidad corporal del pa-

¹ DOUGLAS. M. *Estilos de Pensar*. Gedisa.1998.

ciente y donde el terapeuta invoca una teoría global, espiritual, y no local, parcial o física.

A lo largo de los años Ernst tuvo que sufrir críticas hostiles, agresiones y ataques personales. Cartas, llamadas telefónicas, correos electrónicos, lo calificaban de impostor, estúpido, corrupto, sin cualificación o equivocado intencionadamente entre otros muchos insultos. Para entender mejor ese acoso conviene citar algunas cifras: en el mundo se gastan 100.000 millones de dólares en medicinas alternativas (en Gran Bretaña, 1.600 millones de libras) y las investigaciones de Ernst eran una amenaza para las compañías y los profesionales que se beneficiaban de esa nada despreciable cantidad de dinero. En ese marco, solo le faltaba a Ernst, la intervención del príncipe Carlos, un apasionado defensor de las medicinas alternativas (la reina tiene un homeópata de cabecera) y no es por azar que el capítulo que Ernst dedica a este conflicto principesco lo llame, *Off with his head!*, algo así como, *¡que le corten la cabeza!*... A su llegada a Exeter, Ernst recibió una petición del príncipe Carlos para que le enviara su conferencia inaugural. Lo que le pareció a Ernst un alentador interés por su trabajo era un error. El príncipe Carlos era un firme defensor de la irracionalidad y un no menos firme oponente a cualquier intento de traer la ciencia al campo de las medicinas alternativas. Nombrado presidente en 1982 de la *British Medical Association*, en su discurso presidencial inaugural, en lugar de destacar los méritos de la medicina moderna hizo un panegírico de la medicina alternativa “que puede aportar considerable alivio sino esperanza a un cada vez más elevado número de personas”. La asociación, a la vista de las “sugerencias” del futuro rey de Gran Bretaña, estableció un comité para estudiar esas medicinas que a los cuatro años emitió su informe: *las medicinas alternativas están basadas en filosofías desacreditadas, son terapias sin evidencia de su eficacia y no tienen ningún papel en la medicina moderna*. En lugar de reconsiderar su posición, el príncipe Carlos se reafirmó en sus ideas y siguió apoyando públicamente esas medicinas. Incluso llegó a decir, que estaba orgulloso de “ser un enemigo de la Ilustración”. En el 2004, apoyó la dieta Gerson combinada con enemas de café para los pacientes cancerosos lo que valió la reprobación, irritación y críticas de oncólogos como el profesor Michael Baum sin que el príncipe modificara sus ideas. En 2006 se dirigió a los delegados de la Asamblea anual de la OMS para que prescribieran estos tratamientos

alternativos a gran escala. Su *Foundation for Integrated Medicine*, convocó a Ernst para formar parte del Comité fundado para el estudio de esas medicinas. Ernst, retiró poco tiempo después su nombre del comité cuando comprobó que el comisionado por el príncipe había redactado las conclusiones sin evidencia experimental alguna que las refrendara y a pesar de ello mantenía la solicitud para que fueran incluidas en el Servicio Nacional de Salud. Al hacer públicas sus opiniones fue acusado de conducta no ética por no respetar la confidencialidad (lo que era inexacto) y aunque su Universidad de Exeter lo consideró no culpable después de trece meses de “investigación”, mantuvo su consideración de persona non grata lo que hizo que se retirara en el 2011 no sin tener que afrontar un nuevo incidente relacionado con el príncipe Carlos. Una de las medicinas alternativas favoritas del príncipe era la Homeopatía que, “estudio tras estudio llevados a cabo por mi Unidad-escríbe Ernst- había mostrado que la Homeopatía no era solo conceptualmente absurda sino también sin valor terapéutico”. La discusión sobre su valor y méritos estaba cerrada pero su “Real Majestad” había facilitado fondos abundantes que venían de *Nelsons*, uno de los mayores fabricantes de remedios homeopáticos del Reino Unido, para impartir un curso en el *Centro for Complementary Health Studies* de su misma universidad que Ernst había conseguido separar de su propia unidad por su anticientifismo abierto. El curso se proponía “integrar” la medicina basada en la ciencia con el curanderismo lo que para Ernst suponía una traición a las bases éticas de la medicina alentando el peligroso error de la “equivalencia” entre ambas prácticas. El rechazo de Ernst a formar parte de ese curso fue uno más de los incidentes que lo hicieron adelantar su jubilación y abandonar su puesto en Exeter. En una entrevista concedida al *Daily Mail*, al ser preguntado por el periodista si pensaba que el príncipe Carlos era un vendedor de “aceite de serpiente” (*snake-oil*), es decir, de productos de curandero, Ernst contestó sin dudar: *Sí*. Para Ernst, el príncipe Carlos había utilizado su posición de privilegio para impedir la investigación científica al mismo tiempo que promocionaba el curanderismo.

Los dos temas principales a los que Ernst dedicó sus investigaciones, la medicina en la época nazi y las medicinas alternativas, están curiosamente relacionadas. Los nazis abrazaron de modo entusiasta estas medicinas que llamaban *Naturheilkundey* su integración con la medicina convencional en

la llamada Nueva Medicina Germana (*Neue Deutsche Heilkunde*) que era la política sanitaria oficial del Tercer Reich que veía el logro de una salud óptima como un deber patriótico. La influencia de estas teorías nazis llegó hasta nuestros días en la contemporánea escuela de medicina alternativa conocida con el nombre de *Germanische Neue Medizin*, uno de cuyos promotores tuvo problemas con la justicia en nuestro país hace algunos años en ocasión del tratamiento de un niño con cáncer. Ernst, tomó conciencia de esta relación de modo personal cuando se reveló que Claus Fritzsche, un periodista alemán, que publicaba con frecuencia ensayos pro-curanderismo en los que difamaba a Ernst, estaba generosamente pagado por un fabricante alemán de remedios homeopáticos que resultó ser el único hijo (adoptado) de Goebbels que había sobrevivido al suicidio de este, su esposa y sus demás hijos en 1945. Dos años después de que se revelaran estos pagos, Fritzsche se suicidó.

Al final de su libro Ernst resume la ética de su trabajo:

La ética médica me parece a mí que es violada cuando: los homeópatas prescriben o recomiendan vacunaciones homeopáticas para las que no existe una pizca de evidencia; cuando los quiroprácticos... promueven falsos tratamientos para niños con asma... cuando el príncipe Carlos vende su Tintura Detox que es incapaz de eliminar los venenos del cuerpo... cuando los curanderos seducen a pacientes de cáncer desesperados pretendiendo que han encontrado una cura... cuando los farmacéuticos venden remedios como las Flores de Bach u otros glorificados placebos... cuando los kinesiólogos, iridologistas etc. afirman que sus test diagnósticos sin base alguna permiten identificar enfermedades serias... cuando políticos que carecen de la más básica comprensión de la ciencia apoyan públicamente el curanderismo afirmando que está basado en evidencias...

Si en el libro aquí reseñado, Ernst se muestra firme en sus resultados pero comedido en su prosa, en su página web <http://edzardernst.com/> el tono es otro, tanto en sus propias entradas como en las recogidas de otros investigadores. Algunos ejemplos de artículos: *Catastrophic outcome of chiropractic spinal manipulation*; *A risk of herbal medicine that has so far been neglected*; *Killing cancer patients via the Internet*; *Acupuncture for menopausal hot flushes?: No, it's just a 'theatrical placebo'!*; *Catholic homeopaths claim to cure*

homosexuality; Some naturopaths are clearly a danger to public health; Homeopathy on the NHS: its days are counted; The place of homeopathy ... is ... in the history books!...².

POSTDATA: (Marzo del 2016). La Universidad de Barcelona ha cancelado, al fin, su Máster en Homeopatía, que venía impartiendo desde el año 2004 a un precio nada razonable: 6.900 euros. Doce años para enterarse de que no hay evidencias científicas que acrediten la eficacia de la Homeopatía.

Las universidades de Valencia y Sevilla todavía mantienen sus cursos de doctorado en Homeopatía. Al parecer, todavía no se han enterado de la inexistencia de evidencias científicas sobre la materia que imparten.

² En <http://vicentebaos.blogspot.com.es/2013/12/la-epifania-homeopatica-un-articulo-de.html> hay una muy interesante traducción de un artículo de Ernst sobre la homeopatía en el que comenta las “epifanías” que en ocasiones llevan a científicos reconocidos a convertirse en entusiastas defensores de estas medicinas. Otro artículo no menos interesante, “Como convertirse en charlatán” en <http://charlatanes.blogspot.com.es/2012/12/como-convertirse-en-charlatan.html>.

WEEPING BRITANNIA *Portrait of a nation in tears*

Thomas Dixon. Oxford University Press. 2015

S.L.C.

1 - Thomas Dixon, el autor de este libro, es historiador de las emociones en la Universidad de Londres donde dirige el Centro dedicado a esa infrecuente especialidad. Fue asesor del documental en tres episodios que la BBC dedicó al *stiff upper lip*, (literalmente, el labio superior rígido) ese supuesto rasgo de personalidad atribuido a los británicos que entre nosotros se conoce como flema o estoicismo. El libro de Dixon pretende deshacer el malentendido que afirma que los británicos han sido siempre contenidos en sus emociones, distantes aunque corteses en sus modales e imperturbables en ocasiones, mostrando como en Britania se lloró antes, durante y después del breve período en que el estoicismo fue el rasgo de carácter que definía a los británicos. La historia británica fue más llorosa de lo que el mito del estoicismo afirma y Dixon piensa, como pensaba William Blake en 1803, que, llorar es una forma de pensamiento corporalizado y una lágrima, una cosa intelectual, una actividad social, un tipo de vínculo social líquido que puede, según la época, tener significados muy diferentes:



Las lágrimas se producen por crisis en nuestras vidas individuales o colectivas... en momentos que nos llevan de un estado de existencia a otro, incorporando... una abrumadora combinación de cambio, pérdida, esperanza, y alegría...

Históricamente se ha llorado en circunstancias muy diversas tanto individual como colectivamente. No solo la tristeza convoca a las lágrimas. Se llora también en la alegría, la resignación, en la rebelión, y en actos públicos o privados. Las lágrimas pueden significar desesperación o determinación, debilidad o fortaleza, rabia o compasión y ser producidas por pensamientos o por emociones. A intentar demostrar esos diferentes significados y momentos, dedicará Dixon los veinte capítulos del libro que van desde el siglo XIV a la época actual.

2 - No hay una vida más completamente empapada en lágrimas que la de la mística Margery Kempe nacida en 1373 que escribió un libro autobiográfico donde contó su peregrinación a Tierra Santa, sus visiones y sobre todo, sus casi permanentes lágrimas que irritaban incluso a los obispos. Margery, lloraba por todo y por todos: por compasión, por la pobreza, por los pecados individuales y del mundo, por los sufrimientos de Cristo... Nunca nadie lloró tanto pero sus excesos se apoyaban en las prácticas habituales de los duelos y la devoción de su época que ella llevaba más allá de manera pública y teatral. Esas prácticas cambiaron cuando Enrique VIII, autoproclamándose cabeza de la iglesia de Inglaterra, se separó de Roma (1534). Desde ese momento, los modos antiguos y llorosos del duelo y la devoción de tradición católica se convirtieron en sospechosos, excesivos, afeminados y sin efecto sobre las almas de aquellos a los que pretendían ayudar. Los duelos católicos, sobre todo entre irlandeses, eran generosos no solo en lágrimas, gritos, besos al cadáver o desgarrar de ropas. Como en Galicia, los irlandeses contrataban a veces plañideras profesionales, (carpideiras entre nosotros) y del mismo modo que en Galicia se decía, “a chorar a Cangas”, los ingleses hablaban del “llanto irlandés” que consideraban pagano y supersticioso. Los católicos creían que esos duelos excesivos ayudaban a las almas a lavar sus pecados y a abandonar el purgatorio más rápidamente pero los protestantes no admitían el purgatorio y en consecuencia, tampoco las ayudas llorosas y devotas de los vivos para abandonarlo. La respuesta protestante a esos duelos “papistas” fue cambiar los rituales y la liturgia de la iglesia de Inglaterra para hacerla más contenida pero lo hicieron al modo “anglicano”: *La iglesia de Inglaterra, entre la sentimentalidad católica y la severidad calvinista, eligió ambas.*

3 - Después de la Reforma, las lágrimas no eran bienvenidas y aunque los protestantes seguían llorando en los funerales, las lágrimas se fueron haciendo más privadas en lo religioso al tiempo que fueron ocupando territorios laicos. A finales del siglo XVI, compositores como John Dowland o poetas como Robert Southwell, escribían canciones y poemas llenos de lágrimas y cada representación del *Tito Andrónico* de Shakespeare, una carnicería, convertía el teatro en un valle de lágrimas. Llorar en las tragedias teatrales se convirtió, dice Dixon, en una parte del carácter inglés cosa que no ocurría en Francia con una tradición teatral diferente, mucho menos emocional. El Cromwell, que ordenó decapitar al rey, que arrasó Irlanda y gobernó como Lord Protector de 1653 a 1658, que toleraba las sectas protestantes pero era brutal con los católicos, fue un gran llorón en público y en privado pero la apoteosis lacrimógena inglesa ocurrió con los sermones al aire libre de los predicadores metodistas que entre 1740-80, cuando la sentimentalidad católica estaba ya olvidada como lo estaba el estoicismo de los primeros tiempos protestantes, congregaban multitudes llorosas en su predicaciones. Hogarth, ridiculizó en sus grabados el entusiasmo sentimental y lacrimógeno de estos predicadores de un modo que aún hoy resulta subversivo. Dibujar, por ejemplo, como hizo en *Enthusiasm Delineated*, la figura de Cristo soltando un pedo en alusión a la idea metodista de que el Espíritu Santo era un “viento celestial”, era algo más que una crítica. No solo los metodistas provocaban las lágrimas de sus feligreses. Es un tiempo de novelas sentimentales y entre esas novelas, *The Man of Feeling* que el abogado de Edimburgo Henry MacKenzie publica en 1771, tuvo un papel relevante. Su protagonista, Harley, lloraba por los mendigos, las prostitutas, los huérfanos, y los locos y en su llanto arrastraba a sus lectores que leían la obra en grupos familiares. Ese modo de leer, dice Dixon, y las lágrimas que lo acompañaban, era un rasgo destacado de la cultura de la sensibilidad del siglo XVIII y a la vez, espejo y motor del cambio de los códigos de conducta. Con estas novelas solo podían competir en la época los relatos sobre los ejecutados públicamente en Newgate que no eran pocos. En esos relatos los cronistas distinguían tres tipos de lágrimas: las derramadas por los convictos por temor a la muerte, las de los convictos que expresaban su arrepentimiento y las de los asistentes al ajusticiamiento. Solo las del primer grupo eran mal consideradas.

4 - Las lágrimas de Jesús en la tumba de Lázaro fueron el argumento principal en favor del llanto y la ternura y en contra del estoicismo y el rechazo de aquellos que veían las lágrimas como algo extraño a lo británico, rechazo que había tenido uno de sus puntos culminantes en la época de la Reforma e iba a tener otro, con la Revolución francesa (1789). La violencia y tragedias de la revolución francesa hicieron derramar lágrimas a los comentaristas británicos, tanto a los que estaban a favor como a los que estaban en contra. En la edad del “culto a la sensibilidad” ... ¿Quién no lloraría ante el espectáculo de ver guillotinado a Louis XVI y María Antonieta y más adelante a Robespierre?... Esa sensibilidad estaba ya apagándose cuando los sucesos de Francia hicieron nacer la idea de que llorar por el sufrimiento de otros era, no solo infantil y afeminado, sino una peligrosa costumbre importada de Francia a la que el paradójico apoyo de Robespierre, que era partidario de esa una nueva filosofía de la sensibilidad, dio credibilidad. El culto a la sensibilidad y la revolución francesa, fueron considerados entonces hermanos bastardos de un mismo padre: Rousseau. Las lágrimas se veían ahora como algo “francés”. Helen Maria Williams, en el segundo volumen de sus *Letters from France*, fue quizás la primera en establecer una diferencia entre el “carácter” nacional de los franceses que lloraban y los británicos, “que se esforzaban en obtener una victoria sobre sus sentimientos” y no hacerlo. En los mismos años, Mary Wollstone Craft, alentaba a las mujeres a volverse más masculinas y a desarrollar los poderes de la razón y de la contención viril en lugar de la sensibilidad.

5 - El almirante Nelson, que muere en la batalla de Trafalgar en 1805, era uno de los últimos militares sensibles y románticos, una criatura de besos y lágrimas. Sus oficiales y tripulación lloraron sin pudor delante de su cadáver en el HMS Victory pero en su ostentoso funeral, con sus 160 carruajes y cientos de militares alineados en el camino a la catedral de San Pablo, hubo ya señales de que la reserva y contención estaban substituyendo a la sensibilidad. En 1820 ya nadie leía en grupo el libro de Mackenzie y en el caso de que así lo hicieran, no lloraban en los pasajes más dramáticos: reían. Ya no son los mendigos, las prostitutas, o los animales domésticos muertos, los que hacen llorar a los románticos en las primeras décadas del XIX como hacían llorar en las décadas anteriores a los apasionados cultivadores de la sensibilidad. Los románticos, se permitían llorar pero no toleraban las lágrimas

sentimentales. Sus lágrimas, si las había, tenían que ser sublimes. Los paisajes al estilo de Gaspar Friedrich, el sublime poder de la naturaleza, las revelaciones espirituales en las que cambia la visión del mundo, podían hacer llorar a los románticos sin que se avergonzaran por ello. Lord Byron, lloró por “sensibilidad” a los 18 años cuando publicó *The Tear*, La Lágrima; a los 31 se avergonzaba de haberlo hecho.

6 - En 1837, con 18 años, la reina Victoria abre el largo periodo de la época victoriana y del imperio y lo hace llorando desde el balcón en que el pueblo celebra su proclamación como reina. A lo largo de casi todo el XIX se podía ser un anti-sentimental y al mismo tiempo admirar las novelas sentimentales de Dickens que eran la versión victoriana de las novelas de sensibilidad de un siglo antes. Cuando Dickens “mata” a la pequeña Nell en su folletín-novela, *La tienda de antigüedades*, lloró media Inglaterra y aunque Óscar Wilde escribió que, “se tendría que tener un corazón de piedra para leer la muerte de la pequeña Nell, sin reír”, varias de sus obras no eran menos sentimentales que las de Dickens. Morían muchos niños en estas novelas victorianas pero esas muertes reflejaban la realidad de la época. Un cuarto de todas las muertes en Inglaterra en el tiempo de Dickens eran de niños y cada muerte novelesca evocaba una muerte real a la que las novelas de Dickens daban consuelo y fue Dickens, quizás, el mayor responsable de que la lenta agonía de la cultura de la sensibilidad llegase hasta finales del XIX cuando el nacionalismo imperial nacía y la masculinidad se veía amenazada por estetas y decadentes.

La época victoriana (1837-1900) fue tanto un tiempo de contención y represión como de sentimentalismo y patetismo. En los primeros años de su reinado la sensibilidad fue cediendo su puesto al romanticismo y al sentimentalismo dickensiano pero en sus años finales, dice Dixon, el militarismo, el imperio y la guerra cambiaron el estilo emocional hacia un naciente *stiff upper lip*. Las dos tendencias coexistían a veces en una misma persona. Es el caso de Darwin, que no por azar escribió *La expresión de las emociones en el hombre y los animales* donde analizó con cierta perplejidad el posible papel evolutivo de las lágrimas que pensaba que eran reliquias de un hábito útil para la supervivencia en la infancia de nuestros ancestros pero que, ahora, carentes de propósito, serían “idle tears”. Darwin, era

antiesclavista pero reconocía una jerarquía racial y atribuía a lo salvajes llorar copiosamente. En su idea, llorar en público, era más común entre aquellos con poderes disminuidos de voluntad y razón, es decir, entre mujeres, niños y razas inferiores. Es en ese tiempo cuando se empieza a hablar por algunos médicos de “incontinencia emocional”, término que hará fortuna y llegará como crítica de ciertas conductas (la conducta emocional masiva en la muerte de la princesa Diana, por ejemplo) hasta nuestros días. El pasado lacrimógeno se reformuló también a finales del XIX y principios del XX en términos psiquiátricos. El libro de Margery Kempe, se leía ahora como el producto de una mujer “histérica que hoy sería ingresada en un manicomio o tratada por un psicoanalista”.

7 - *La II Guerra Mundial marcó la apoteosis de la mentalidad del stiff upper lip*, escribe Dixon, pero incluso en ese tiempo los británicos lloraban. Fue Churchill el que en un famoso discurso prometió, “sangre, esfuerzo, sudor... y lágrimas” y al menos en dos ocasiones, el referente del *stiffnes* lloró. Cuando decidió hundir la flota francesa en el Norte de África para impedir que cayese en manos alemanas, Churchill lloró. Al visitar en septiembre de 1940 las casas destruidas por los bombardeos en un barrio popular, y ser recibido de manera entusiasta, lloró. No lo hizo por tristeza, dijo, sino por patriotismo y admiración por la resistencia del pueblo británico. Sus compatriotas y él mismo lloraban también en las películas “stiff” como *Breve Encuentro* de David Lean, o en *Capitanes Intrépidos* y lloraban también cuando en procesión acompañaban a los numerosos muertos por los bombardeos al cementerio: *No lloran fácilmente*, decía un párroco. *Maldicen más que lloran pero a veces...*

8 - En 1945 William Martin, capitán de la policía militar británica, fue capturado en Brunei por los japoneses y llevado al campo de prisioneros de Kuching. Por haberle lanzado por encima del alambre de espino unos pantalones a un compatriota que vestía un taparrabos, fue golpeado salvajemente por los japoneses con puñetazos, culatazos y patadas que le partieron varias costillas y la nariz. En medio de las palizas los japoneses exigieron al capitán Martin que llorara. Martin, respondió: *los británicos, nunca lloran*. Esa respuesta, según Dixon, le ganó el respeto de los japoneses y mantuvo el honor del imperio británico. Al contener sus lágrimas orde-

nadas por los japoneses, Martin demostraba la superioridad del carácter británico.

Para Dixon, el *stiff upper lip*, duró 100 años, desde la muerte de Dickens en 1870 hasta la muerte de Churchill en 1965 pero antes y después de esos años, los británicos lloraron en todo tipo de situaciones. El *stiff upper lip*, nunca fue, en la idea de Dixon, un rasgo característico y permanente de los británicos a través de la historia sino el producto de un momento histórico particular que coincide con parte de la época victoriana y con el Imperio aunque se ha convertido en un mito que atribuye a los británicos una contención y autocontrol que no se corresponde con la historia. Dixon, piensa que el período extremo del *stiff* es una aberración en la historia nacional (*de que la ahora nos estamos recuperando*).

En apoyo de sus ideas cita con reiteración el libro del antropólogo Geoffrey Gorer, *Death, grief and mourning in contemporary Britain*, publicado en 1965 que consideraba que la negación y represión del duelo era una perniciosa costumbre nacional. El estoicismo podía ser bueno en el campo de batalla pero no era apropiado para tiempos de paz y podía causar daños físicos y emocionales. Gorer, tenía motivos personales para no apreciarlo. Estudiante a los 10 años de edad en CharterHouse, un Internado en Surrey, escuchó a la hora del desayuno como el profesor que, según era costumbre, leía en alta voz las noticias del periódico, informaba (mayo de 1915) del hundimiento del *Lusitania* torpedeado por un submarino alemán. En ese buque viajaba su padre y Gorer lloró al escuchar la noticia. Profesores y alumnos lo trataron con amabilidad pero en su presencia, las conversaciones se apagaban y nunca se hizo ninguna referencia directa a la muerte de su padre después de la noticia. Gorer, con seguridad, no olvidó aquella situación y 50 años después escribió su libro para intentar cambiar esos hábitos. En el mismo año y mes, Cyril, el hijo de Oscar Wilde, que después del proceso y encarcelamiento de su padre por homosexual, había cambiado su apellido por el de Holland, era abatido en Francia por un francotirador alemán. Años antes, Cyril, había vivido, ya como Holland, la misma escena que Gorer. En su internado, se enteró por la lectura del periódico de la muerte de su padre y oyó los comentarios de sus compañeros que nada sabían de su verdadero apellido. Cyril, se guardó sus lágrimas para sí

mismo y en una carta que le escribió a su hermano Vivian, le contó su determinación de superar la vergüenza que sentía por la reputación de su padre: *Debo ser un hombre*.

El poema "If" de Rudyard Kipling, aún hoy según las encuestas, el poema más conocido y apreciado por los británicos, es una antología del *stiffness*. El único hijo de Kipling, para el que su padre escribió el "If", murió en la batalla de Loos en Francia. No cumplió los mandatos del poema. Con la parte inferior de la cara destrozada por la metralla, un soldado que lo vio, dijo que podría haberlo ayudado pero que no lo hizo porque estaba llorando de dolor y no deseaba humillarlo ofreciéndole ayuda. Dixon, escribe, y no es una de sus frases más afortunadas pues no es difícil percibir en ella un cierto sentimiento de, "tienes lo que te mereces": *El adolescente segundo teniente había roto el código del stiff upper lip y sus lágrimas le costaron la ayuda de un soldado de su regimiento... "Tú serás un hombre, hijo mío"*.

9 - De modo curioso, pues se trata de algo casi definitorio de lo británico, el *stiff upper lip* es un americanismo aparecido por vez primera en Gran Bretaña en un artículo del Magazine que fundara Dickens bajo el epígrafe de *American Phrases* con el significado de, "permanecer firme en un propósito", "mantenerse valeroso" o como una indicación de posesión de autoestima, independencia y autosuficiencia. Desde la guerra Boer (1899-1902), su significado cambió y pasó a nombrar las muestras de valentía y la ocultación de los propios sentimientos en tiempos de prueba y sufrimiento pero, incluso antes, el ideal de auto-control y contención emocional ya se inculcaba a los jóvenes en sus familias, en las escuelas públicas y en las religiosas para niños menos favorecidos, ideales que se mantuvieron hasta la década de los 60 del pasado siglo y que aún hoy persisten de algún modo. No es casual que Lindsay Anderson, llamase a su película, (Palma de Oro en Cannes en 1969) que narraba la vida cotidiana en esos colegios, "If", y le diera ese final, poco creíble, en el que los alumnos ametrallan a profesores, militares y civiles que asisten a una ceremonia colegial con la armas encontradas en una excavación en el colegio.

10 - Las cosas han cambiado mucho desde 1945, escribe Dixon y ahora vivimos bajo el reino de la emoción. Las entrevistas confesionales que Ophra

Winter inició en la televisión de Estados Unidos en los años 80 con sus entrevistados famosos derramando lágrimas y sus posteriores sucedáneos en Gran Bretaña, abrieron el camino y ahora muchos de los programas de televisión son festivales de lágrimas y sollozos sin importar que se trate de programas de acertar preguntas, de cantar, bailar, de estilos de vida, de ropas, de mascotas, de niños o de Gran Hermano. No fueron muchos los críticos que consideraron obscena esa incontinencia emocional, señal de que los tiempos eran otros, pero los hubo. Un SMS remitido por un espectador que mostraba su desagrado con las lágrimas televisivas de un participante en uno de esos *reality* porque consideraba que, después de los ocho años, cualquier británico debería contener sus lágrimas en público y encerrarse en el baño si necesitaba llorar, fue borrado por la BBC por considerarlo ofensivo para otros tele-espectadores. Dixon, escribe, que de seguir el mismo criterio habría que censurar a Alexander Poppe que al criticar la obra *Cato*, de Adisson, por su sentimentalidad, dijo que una mujer que asistía a la representación a la que su orgullo impedía llorar, tuvo un torrente de orina en su lugar.

11 - En abril de 1973, afirma rotundo Dixon, *la masculinidad británica cambió*. Bob Stokoe, un rudo futbolista, hijo de minero, que había ganado la Copa con el Newcastle en 1955, se hizo cargo como entrenador en 1972 del Sunderland, un equipo que estaba en los últimos puestos de la segunda división. Su estilo combinaba la rudeza de la vieja escuela, una psicología casera y un fuerte énfasis en la expresión emocional de sus jugadores dentro y fuera del campo. Alentaba la contundencia física diciéndoles, se supone que de broma a sus jugadores que, “*sin piernas, el equipo contrario no puede correr*”. Stokoe, consiguió llevar a su modesto equipo de segunda a jugar la semifinal contra el Arsenal, uno de los equipos fuertes de la primera división. El Sunderland ganó por 2-1 y los miles de hinchas no abandonaron las gradas hasta que Stokoe, en medio de gritos de “Mesías”, volvió al campo y lanzó besos hacia los hinchas mientras caían lágrimas sobre sus mejillas. Era un ensayo para lo que ocurrió en el mes siguiente en Wembley, donde el Sunderland jugó la final contra el Leeds al que ganó por 1-0. Con el pitido final, Stokoe

¹ Stokoe, fallecido en 2004, tiene una estatua que lo representa corriendo hacia ese abrazo, en el exterior del campo del Sunderland.

atravesó corriendo el campo y abrazó entre lágrimas al portero¹. Ian Portefield, el autor del gol que dio la victoria al Sunderland, dijo, que era la primera vez en su vida que sentía una emoción: “*No soy un tipo emotivo, pero puedo sentir que las lágrimas me vienen a los ojos...*”. Las lágrimas de Stokoe y Portefield, marcan, según Dixon, el comienzo de una era de emocionalidad masculina que en los años que siguieron fue apoyada (y criticada) por periodistas masculinos y femeninos desde las páginas de los periódicos. Marje Proops, una periodista que tenía una columna diaria en el *Daily Mirror* (cuatro millones de tirada por entonces) escribía: “*admiro a un hombre que irrumpe en lágrimas... a quien machaca el stiff upper lip de un golpe dejando fluir sus lágrimas sin vergüenza...*”. La campaña de Proops, que se mantuvo en los años que siguieron a la victoria del Sunderland, pretendía no solo promover una masculinidad más emocional sino también una feminidad más intelectual. En esos años hubo emotivos e inesperados precursores americanos. John Voight, lloró al recibir su Oscar por *Coming Home* pero ni más ni menos que John Wayne, lo había precedido en las lágrimas en la ceremonia de los Oscar de 1970 al igual que Gene Hackman, otro duro, lo haría al año siguiente. Las nuevas ideas sobre las lágrimas de los hombres proponían que deberían ser recibidas con comprensión, no con burlas, con simpatía más que con castigos, con amor y apoyos más que con insultos y lecciones de boxeo (para virilizar a los niños). En los años 80, la misma Marje Proops que había defendido a Skotoe, decretaba que el *stiff upper lip* estaba pasado de moda desde hacía varias décadas. Dave Watson, el defensa central del Sunderland en la final de copa, no se había enterado. Seguía la filosofía del “If” *upper lip*. No era partidario de las celebraciones y nunca recorría 40 yardas para abrazar a un compañero que acababa de marcar un gol: *es una pérdida de tiempo. Yo vuelvo a mi posición en la defensa y no beso y abrazo a mis compañeros*. El día de la semifinal contra el Arsenal, Watson siguió su costumbre y se retiró a los vestuarios después del pitido final mientras sus compañeros lloraban y se abrazaban en el campo. Estuvo solo en el vestuario preguntándose: *¿Dónde están los demás?*. Cuando llegaron traían champán y por vez primera Watson se preguntó por lo que se había perdido. Se había perdido, dice Dixon, el nacimiento del hombre nuevo de los años 70. *Dejé el campo*

¹ Stokoe, fallecido en 2004, tiene una estatua que lo representa corriendo hacia ese abrazo, en el exterior del campo del Sunderland.

demasiado rápido y ahora los siento. Lo he lamentado desde entonces.

La conformidad con este nuevo estilo emocional no era general. Un periodista también del *Daily Mirror* se preguntaba a propósito de las lágrimas de los jugadores del Sunderland: *Adonde han ido todos los hombres?*. Para críticos como este periodista, y no eran pocos, la propensión a llorar de los futbolistas no era un signo de apertura emocional admirable sino de debilidad, afeminamiento, anormalidad o homosexualidad pero con el paso de los años el apoyo a esta nueva masculinidad recibió ayudas de la música pop y de la psiquiatría americana. Una de las bandas más populares de los 80, favorita además de Dixon, *Tears for fears*, tomó su nombre del libro del psiquiatra americano Arthur Janov, *Prisoners of Pain*, que defendía la idea de que, el bloqueo o la supresión de las emociones de miedo y ansiedad podían ser liberadas a través de las lágrimas. La terapia de Janov alentaba a los pacientes a regresar a la infancia temprana y dejar salir los gritos y lágrimas primarios liberando así las emociones bloqueadas por la socialización y represión adulta. El “Grito Primal” tuvo el éxito suficiente como para que uno de los pacientes del doctor Janov fuera John Lennon que experimentó en California con esta terapia durante varios meses y apoyó su valor terapéutico. Los Beatles, tenían abundante experiencia de gritos y lágrimas que eran la norma en sus conciertos aunque ellos no las derramaban. Para Dixon, los conciertos Pop y los eventos deportivos, se han apoderado de las funciones emotivas comunales que previamente estaban a cargo de las predicaciones revivalistas metodistas al aire libre y de las ejecuciones públicas. El profeta-predicador en llanto, fue remplazado por el lloroso entrenador en chándal o por el guitarrista en pantalón vaquero.

12.- En 1979, la que sería llamada “dama de hierro” y “mujer fálica” por sus rivales, Margaret Thatcher, se convirtió en la “Primer Ministro” de Gran Bretaña. Hizo la guerra contra Argentina por las Malvinas, contra los muy poderosos sindicatos y contra los nacionalistas irlandeses pero lloraba en público y ese público ahora era el de la televisión. Lloró ante el caído muro de Berlín, en el museo del Holocausto de Tel Aviv y al escuchar el himno del sindicato polaco Solidaridad. Eran emblemas del sufrimiento humano causado por ideologías contra las que había luchado desde su juventud. Lloró en una entrevista en televisión al recordar a su padre pero

no a su madre. En un tiempo en que se difundían las ideas de John Bowlby sobre el apego en contra de las ideas de Watson de que atender el llanto de un niño podía convertirlo en un manipulador, varios críticos atribuían a la ausencia de una buena relación madre-hija en su infancia el supuesto desapego de Thatcher por la nación. En 1987 una serie documental de Sally Potter sobre las emociones, *Tears, Laughter Fears and Rage*, defendía lo saludable de expresar públicamente las emociones pero había una diferencia entre Thatcher y Potter. Potter buscaba una nueva plantilla para una Britania postcolonial y multicultural donde los hombres pudieran comportarse como las culturas más emotivas pero Thatcher lloraba por la pérdida de las colonias y por el pasado colonial.

En agosto de 1997 cuando muere la princesa Diana la televisión mostró un pueblo en llanto capaz de depositar un millón de ramos de flores delante de los palacios de Buckingham mientras la reina en Balmoral se mantenía dentro de la tradición estoica de la familia real que nunca mostraba signos externos de su duelo, tradición que las masas en las calles, en su nueva cultura sentimental, ya no entendían ni aprobaban. La reina se vio obligada a leer un comunicado de duelo en sintonía con la sensibilidad popular pero la traicionaba su gestualidad corporal “estoica”. Fueron muchos los que criticaron esa “incontinencia emocional” despertada por la muerte de Diana y de algún modo, hubo un retorno añorante por los tiempos en que el estoicismo británico no permitía comportamientos tan incontinentes emocionalmente. El Arzobispo de Westminster ante la masiva emocionalidad y las flores derramadas sobre el coche fúnebre de Diana, dijo que, el público estaba volviendo a un enfoque “católico” de la muerte después de siglos de la Reforma protestante y que su funeral había marcado un hito en la historia británica que sería recordado como el “fin de la Reforma en Inglaterra”. “Los ingleses, añadió, están redescubriendo su antiguo tono católico y vuelven a las prácticas católicas como las oraciones por los muertos y la creencia en lo santos que fueron suprimidas por los reformadores protestantes.

En 2012, cuando Dixon termina su libro, la “cultura de las lágrimas” está en todas partes: entre los jugadores de fútbol, los tenistas (Andy Murray²,

² Murray era uno de los niños de la Dunblane High School, cuando Thomas Hamilton asesinó a 17 personas antes de suicidarse.

por ejemplo), los atletas, los nadadores (en 1996 se le llamó a los Juegos Olímpicos de Atlanta, los juegos de las lágrimas por el número de deportistas que lloraban); lloran los políticos, pero sobre todo, se llora en los reality y concursos de televisión.

Dixon escribe para demostrar que el llorar en público no es una costumbre reciente de la Britania multicultural y postcolonial sino que ha sido una “moda” que ha ido y venido a través de los años. Despreciada por los defensores del *stiff* que la consideraron y la consideran incontinencia emocional y lamentan la caída de ese *sitff* símbolo de lo que una vez fue Britania, esa Britania de hoy parece asistir a un renacimiento de la sentimentalidad del siglo XVIII.

El libro de Dixon es de modo inequívoco, partidario de lo que creo que Martin Seligman, llamaba el estilo “ventilacionista”. Aunque cito de memoria, Seligman, hablando del enojo, decía que el ventilacionismo, el alentar la libre expresión de los sentimientos de enojo, no era más que una moda y que sus partidarios deberían tener en cuenta que una sociedad ventilacionista (en relación al enojo) es una sociedad violenta. Una sociedad como la japonesa donde no se alienta la expresión de emociones tiene cinco veces menos delitos que la americana donde sí se alienta. No sé si será excesivo suponer que una sociedad que alienta el ventilacionismo de las lágrimas afrontará de ese modo más eficazmente los avatares de la vida que una sociedad estoica. Dixon, que da la bienvenida al fin del *stiff*, parece no considerar que el *siff* tenía como norma la no expresión de los sentimientos “en público” lo que es, creo, algo distinto a reprimir los sentimientos o conseguir la indiferencia o impassibilidad emocional.

Tampoco parece Dixon haber tenido en cuenta los aportes de Mischel, (el Test de la golosina) o de Roy F. Baumeister y John Tierney sobre el *willpower*, la fuerza de la voluntad y el auto-control que junto con la inteligencia son los mejores predictores de buenos resultados en la vida a pesar del largo periodo en que los psicólogos desdeñaban ese “mito victoriano”. El auto-control ha vuelto y parece que para quedarse y parece también que puede ser entrenado y fortalecido para resistir la abrumadora presencia de la oferta de bienes, la mayoría innecesarios, con los que somos tentados en

la vida diaria (comidas, e-mails, cotilleos en internet, compras...) o los esfuerzos que tendemos a dejar de lado (ejercicio, estudio, dejar de fumar, de beber...). Los estudiantes americanos de matemáticas tienen una elevada autoestima y autoconfianza en sus habilidades pero puntúan mucho más bajo que sus compañeros asiáticos con menor autoestima y mayor auto-control.

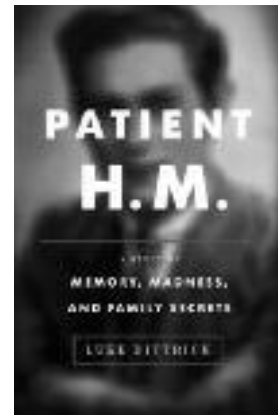
Veremos...

PATIENT H.M.
A story of memory, madness and family secrets

Luke Dittich. Random House. 2016

S.L.C.

H.M., (1926-2008) fue el paciente más conocido y estudiado de la historia de la psicología y la neurología. Phineas Gagey Monsieur Tat (el paciente afásico de Broca) son quizás tan conocidos como H.M. pero ninguno de ellos fue estudiado durante más de 50 años con todas las pruebas diagnósticas psicológicas, técnicas de imagen (TAC, RMN) e histológicas posibles (una vez fallecido) como lo fue H.M. Este libro de Luke Dittich, cuenta su historia y la de William B. Scoville, el neurocirujano que realizó la intervención que lo dejó viviendo en un presente continuo pero permitió, *fortunate misfortune* dice Dittich, que mucho de lo que hoy se sabe sobre la memoria pudiera ser conocido. La historia tiene al menos tres protagonistas más: Brenda Milner, la psicóloga que primero lo estudió, Suzanne Corkin, la psicóloga que lo siguió durante varios años en el MIT y el propio autor del libro, Luke Dittich, nieto de Scoville... Y no es una historia muy edificante, al menos, en su trastienda.



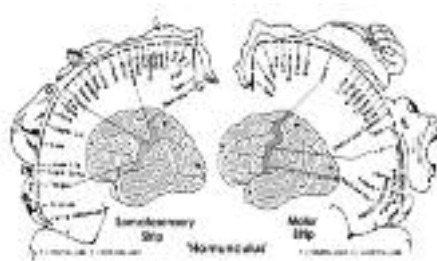
Henry Molaison, su verdadero nombre ahora conocido, trabajador de una cadena de montaje, padecía desde los 10 años, lo que los neurólogos de los años 50 del siglo xx llamaban epilepsia del lóbulo temporal o psicomotora. A pesar de las muy elevadas dosis de medicamentos antiepilépticos, H.M., en 1953 con 27 años, ya no podía desempeñar su trabajo y apenas conseguía llevar una vida “normal”. Podía tener varias crisis cada hora: mirada ausente, rotación de la cabeza, rascado de su pantalón con

sus dedos, movimientos de chupeteo con boca y lengua, deambulaciones erráticas, emisión de palabras...

En esos años, las leucotomías de Egas Moniz y las más toscas y arriesgadas lobotomías de Walter Freeman con su famoso picahielos, eran una técnica rutinaria que los neurocirujanos, entre ellos Scoville, practicaban en los pacientes de los manicomios americanos. Lo que más adelante serían los protocolos de investigación y los consentimientos informados eran poco más que una recomendación sin carácter legal salida de los juicios de Nuremberg en los que 27 médicos nazis fueron condenados a muerte por sus experimentos con prisioneros de los campos. Lo que estos médicos hicieron es hoy inimaginable y el relato de Anton Pacholegg, un administrativo prisionero en Dachau que se obligaba a tomar las notas de esos experimentos, fue determinante para condenarlos. La mayoría de los experimentos, cuenta Pacholegg, tenían una nota final: *el experimento fue un éxito; el paciente falleció*. La Unidad Médica tenía un nombre tan cruel e inhumano como cínico: *Experimentos con humanos vivos en beneficio de la humanidad*. Los prisioneros eran “congelados”, introducidos en cámaras de vacío, picados por mosquitos transmisores de malaria, ametrallados para después operarlos en busca de técnicas quirúrgicas eficaces, infectados con tifus y sometidos a ensayos repetidos con vacunas ineficaces. El tribunal, además de las sentencias de muerte, reconoció que los experimentos eran diferentes en “tipo” (*kind*), no en carácter, de los experimentos realizados en otros países por lo que publicó una serie de normas, el Código Nuremberg, (1947), antecesor de todos los protocolos de investigación que lo seguirían, que inspiró con retraso, las leyes que lo hicieron obligatorio en muchos países. Al tribunal no le faltaban razones para considerar diferentes solo en “tipo” esos experimentos nazis¹. Solo teniendo en cuenta la ausencia de

¹ El hoy muy alabado, (con razón pero...), Jenner, probó su hipótesis de que la viruela benigna de las vacas, (cowbox) inmunizaba contra la forma mortífera de la viruela humana, no en sí mismo, sino en el hijo del jardinero al que después infectó varias veces con viruela humana; el ginecólogo americano Mariom Sims, buscando un remedio para la fistula véscico-vaginal, compró en 1845 varias esclavas negras y las intervino sin anestesia ensayando técnicas que cuando tuvieron éxito le sirvieron para intervenir a pacientes blancas; en 1932 el Servicio Público de Salud de los Estados Unidos, siguió durante 40 años en el conocido como, Tuskegee Syphilis Experiment, la evolución, sin tratarla, de la sífilis en un grupo de negros de Alabama a pesar de disponer desde muy pronto de la penicilina que resolvería su enfermedad..

controles, protocolos y la casi total ausencia de demandas por mala práctica, puede entenderse la osadía intervencionista de muchos médicos y de la tolerancia de los departamentos del gobierno para experimentar con técnicas potencialmente dañinas sin garantías para los pacientes y también, la franqueza con la que los cirujanos comunicaban sus fracasos a los familiares. En una ocasión, Scoville, después de haber cortado por error una arteria cerebral durante una intervención que provocó la muerte del paciente, salió del quirófano y dijo a la esposa del paciente: *Me temo que he matado a su marido...*



En los años 40 e inicios de los 50 del pasado siglo y más al norte, Wilder Penfield, en el *Montreal Neurological Institute*, no necesitaba esos protocolos. Se sabía desde mediados del XIX, que estimulando algunos grupos de neuronas en la corteza cerebral de animales vivos se producían movimientos musculares “convulsivos” de ahí que los clínicos dedujeran que algo semejante podía ocurrir en la epilepsia y que, al menos en teoría, si se pudiese localizar y extirpar ese grupo de neuronas hiperactivas que provocaban las crisis podría resolverse la epilepsia. Ese trabajo, de investigación y terapéutico, lo hizo Penfield, pero Penfield, no hacía “agujeros” en el cráneo como los lobotomistas. Abría el cráneo mediante un amplio colgajo óseo lo que le permitía visualizar la corteza cerebral que exploraba con pequeñas descargas eléctricas. En la corteza motora era suficiente con ver que parte del cuerpo del paciente se movía con el estímulo pero para la zona sensitiva necesitaba que el paciente estuviera consciente por lo que empleaba anestesia local. Sensato y cauteloso, operaba solo a pacientes en los que pudiera determinar con precisión mediante EEG el foco epiléptico responsable y nunca intervenía los dos hemisferios pues ignoraba las consecuencias que eso podría tener para el paciente ya que, en ese tiempo, *la función de los lóbulos temporales era un misterio*. La exploración de la corteza con sus pequeñas estimulaciones eléctricas le permitió trazar un mapa de esas áreas, mapa hoy conocido como, el *homúnculo de Penfield*. En uno de sus pacientes, Penfield, dedujo que el foco epiléptico estaba en la parte medial del lóbulo temporal así que se dispuso a

explorarlo con estímulos eléctricos como hacía habitualmente pero el paciente en este caso, no refería al ser estimulado, sensaciones simples y generales (olores, sensaciones...) sino recuerdos biográficos complejos. Más exploraciones con otros pacientes llevaron a Penfield a deducir que se trataba de recuerdos alucinados y a una generalización "excesiva": en el cerebro hay, pensaba, un "magnetófono" que graba todo desde el nacimiento a la muerte y lo así grabado permanece ahí aunque el paciente ya no sea capaz de recordarlo. La conferencia pronunciada en la reunión anual de los neurólogos de Estados Unidos en 1951 en la que informaba de sus hallazgos y teorías, tuvo la entusiasta reacción de un psicoanalista que veía en la teoría de Penfield la base cerebral para la represión de los recuerdos pero también el desacuerdo de Karl Lashley, uno de los mayores expertos en memoria del mundo, que negaba cualquier localización de la memoria y defendía, a partir de sus experiencias con ratas en laberintos, que el cerebro era equipotencial, capaz de mantener las memorias fuese cual fuese la parte de cerebro extirpada (en ratas, al menos). Penfield, no estuvo de acuerdo y como devoto cristiano, escribe Dittrich, del mismo modo que tenía fe en un ser superior aunque no tuviera pruebas de ello creía también en la sede de la memoria aunque tampoco tuviese pruebas (todavía). A Penfield, le preocupaban los posibles efectos secundarios que sus intervenciones podrían tener sobre los pacientes así que integró en su grupo, (sin pagarle durante años) a la psicóloga Brenda Milner, para que evaluara a los pacientes antes y después de las intervenciones. Milner, entrevistó a numerosos pacientes registrando sus datos biográficos y estudiándolos con todos los test disponibles por entonces. No encontró anomalías relevantes hasta que entrevistó a los pacientes P.B. y F.C. Ambos respondían a las preguntas básicas como, quien era el presidente del país o el año, mes y día "correctamente" pero las respuestas correspondían al tiempo anterior a su intervención. Después de contarles una serie de historias, Milner, pedía a estos dos pacientes, como había hecho con los otros 90 ya valorados sometidos a la misma lesión unilateral temporal medial, que las repitieran lo que, a diferencia de los evaluados hasta entonces, hacían de modo inmediato pero de manera tosca y olvidando parte de ellas. Milner, también descubrió algo mucho más relevante: pocos minutos después de cada relato, los pacientes no solo eran incapaces de recordar la historia: tampoco recordaban que les hubiese contado una historia. ¿Por qué estos pa-

cientes estaban amnésicos y los otros con la misma lesión, no?. La idea dominante sobre la memoria en ese tiempo era la de Karl Lashley pero estos dos pacientes decían otra cosa. Milner y Penfield, pensaban que la explicación más obvia era que en estos pacientes, el hipocampo del lóbulo no intervenido estaba ya dañado antes de la intervención pero no tenían pruebas que lo confirmaran. El modo de probarlo era proceder a una extirpación bilateral pero Penfield nunca haría eso porque no ignoraba las consecuencias que algo así podían tener para los pacientes. Scoville, con el que se encontró en 1954 en un congreso, ya lo había hecho y Penfield pudo confirmar su corazonada.

En 1953, el neurocirujano William Beecher Scoville, abuelo del autor del libro, y pariente de la autora de, *La cabaña del tío Tom*, llevaba muchos años practicando lobotomías clásicas sobre los lóbulos frontales pero también, extirpaciones de amígdala, hipocampo y uncus a los pacientes del Hospital Psiquiátrico de Massachussets basándose en que los lóbulos frontal y temporal estaban conectados. Sus resultados eran pobres y no habían añadido nada a los conocimientos sobre las funciones del lóbulo temporal debido, pensaba, que los pacientes crónicos manicomiales no aportaban testimonios postquirúrgicos relevantes debido a su locura por lo que se propuso ensayar la misma intervención en pacientes epilépticos que sí podrían darle ese testimonio. Conocía las intervenciones de Penfield, pero mientras Penfield era prudente en sus intervenciones de epilépticos y se negaba a intervenir si no podía localizar con precisión el foco responsable, Scoville pensaba que la ciencia no avanza sin asumir riesgos aunque no parece que supiese distinguir los del paciente de los suyos como cirujano. El paciente epiléptico esperado para comprobar su teoría fue H.M., remitido por su familia que consintió en la intervención. Scoville, dispuso la intervención como haría Penfield. Buscó el foco epileptógeno con estimulación y control EEG pero no lo encontró. Penfield, habría cancelado en ese momento la intervención pero Scoville carecía de esa prudencia y no solo se limitó a intervenir, como era habitual, uno de los hemisferios y ver que pasaba. Lo hizo con los dos sin saber cuál sería el resultado probable. Taladró dos pequeños agujeros en la frente de H.M., introdujo una espátula para separar los lóbulos frontales y extirpó, creía que completamente, sus dos hipocampos y las dos amígdalas. El resultado fue el paciente H.M., que sin sus dos hipocampos, sin amígdalas y puede que sin algo más, no era capaz de recordar nada de lo sucedido pocos momentos antes.

Scoville, era un cirujano atrevido por no decir osado y lo era también en su vida no quirúrgica. En 1930, Norman Terry, subió hasta el punto más alto del puente Washington, todavía en construcción, que unía sobre el río Hudson New Jersey y Manhattan. Con muchos periodistas avisados y con hazañas similares en sus antecedentes, se lanzó, esta vez sin fortuna, a las aguas del río. Desequilibrado en el descenso, falleció al estrellarse casi plano con las aguas pero el puente convocó desde entonces, más que a saltadores, a escaladores que deberían trepar y descender por los cables de manera muy arriesgada. Uno de esos escaladores, fue el futuro neurocirujano, Scoville que permaneció solitario en lo alto toda una noche para descender por la mañana. No fue su única conducta de riesgo. Conducía motos a gran velocidad haciendo maniobras peligrosas², quiso comprar un Ferrari, pero el propio dueño, Enzo Ferrari, se negó a venderle uno, (exigía que sus compradores probaran su pericia ante él) advirtiéndole que si le vendía el Ferrari, en un año estaría muerto³. Esta misma osadía en su vida la tenía también en sus operaciones. La “retaguardia” de Scoville, tampoco era muy tranquila. Su mujer enloqueció y tuvo que ser ingresada en un centro psiquiátrico. Dittrich no pudo confirmarlo pero su sospecha bien fundada es que Scoville leucotomizó a esta primera esposa.

Después de su reunión con Scoville, Penfield habló con Milner y escribió una carta a Scoville muy “medida” responsabilizándose de los daños provocados a sus dos pacientes amnésicos y ”disculpando” los de Scoville:

Supongo que usted vacilará considerar sus casos (HM y dos pacientes mas) como yo vacilo al considerar los dos pacientes en los que he provocado una grave pérdida de memoria. En realidad yo me siento mucho peor ya que los dos casos míos no eran psicóticos y tenían una mejor perspectiva de vida que los que usted ha intervenido

Penfield, propuso que esos pacientes fueran evaluados por Milner. Scoville

¹ Había también en Scoville, un punto de suspicacia paranoide. En una de sus acrobacias con una motocicleta sufrió un traumatismo abdominal que le rompió el bazo. Fue necesario que sus amistades más íntimas lo convencieran para dejarse operar por el jefe de cirugía de su hospital, con el que las relaciones no eran nada amables, pues pensaba que aprovecharía la intervención para matarlo.

² La observación de Enzo Ferrari fue profética. Scoville, mantuvo su afición a los coches deportivos todo su vida (Porsches, Mercedes...) y falleció en 1984 a los 78 años en un accidente de automóvil del que fue responsable.

aceptó y Milner viajó a Hartford, el hospital donde estaba ingresado H.M. para evaluarlo. H.M., tenía un C.I por encima de la media y respondía de modo inteligente a preguntas complejas pero no recordaba nada de las preguntas poco después de la evaluación ni tenía ni idea de quien era Milner que se había presentado a él poco tiempo antes. H.M., vivía en un presente que apenas iba más allá de algunos minutos. Podía leer el mismo periódico día tras día sin reconocer que se trataba del mismo, no reconocía a los doctores que lo visitaban cada día, olvidaba lo que había comido cuando retiraban su plato o las conversaciones mantenidas momentos antes. Milner, evaluó entonces a H.M. con una prueba que consistía en trazar una línea entre dos estrellas de cinco puntas separadas por un centímetro dibujadas en una hoja de papel. La mano que dibujaba estaba tapada por una placa de metal pero el paciente podía ver mano, dibujo y papel reflejado en un espejo que invertía la imagen. H.M. realizó dibujos sucesivos mejorando su rendimiento. Al día siguiente, Milner repitió la prueba. H.M. no recordaba nada de los dibujos ni de su prueba del día anterior, sin embargo su rendimiento había mejorado de manera evidente. Fue el momento más memorable, dijo Milner, de mi carrera científica. H.M. no recordaba la prueba pero su rendimiento mejoraba. Milner, había establecido la función del hipocampo y amígdala en la memoria, la memoria a corto plazo y ahora descubría que al menos existían dos sistemas de memoria que se conocerían después como memoria procedimental-declarativa, o implícita-explicita pero que en ese momento no tenían nombre ni existencia reconocida. Daniel Schacter recordando este momento, escribe:

H.M. podía aprender nuevas habilidades como escribir en espejo, montar en bicicleta o nadar. Fue a partir del estudio de su caso que la memoria se dividió en dos:

- 1.- *Memoria Explícita, Semántica o Episódica*. La adquisición de nuevos acontecimientos o hechos y las relaciones entre ellos: “*saber qué*”.
- 2.- *Memoria Implícita, No Declarativa, Procedimental* o memoria para las habilidades motoras y otras capacidades semejantes: “*saber cómo*”.

Milner, siguió viajando para evaluar a otros pacientes de Scoville en los que siempre se encontraba con el mismo cuadro. En 1957, Milner y Scoville

publicaron el artículo, *Loss of Recent memory After Bilateral Hippocampal Lesión*. Allí se lee:

La resección bilateral de los lóbulos temporales medios resulta en una alteración persistente de la memoria reciente... estas estructuras deben por lo tanto, estar críticamente implicadas en la retención de la experiencia actual...

El misterio de la sede de la memoria se había al fin revelado. A partir de ese año (1957) y hasta su muerte, H.M. fue estudiado en el MIT bajo la supervisión de los psicólogos Teuber y Suzanne Corkin. Dittrich, estaba de algún modo “predestinado” a escribir sobre H.M. pues Suzanne Corkin no le era desconocida. Había sido vecina e íntima amiga de su madre a la que de niña acompañaba en viajes de recreo que hacía con Scoville Dittrich, la conocía. Cuando murió Scoville, la madre de Dittrich regaló a Corkin el cráneo anónimo que Scoville conservaba en su despacho pero Corkin no solo heredó ese cráneo: heredó también al paciente H.M. Corkin, hizo su tesis con Brenda Milner en Montreal donde pudo entrevistar a H.M. Cuando se trasladó al MIT, Milner, interesada ahora en los lóbulos frontales, le transfirió a H.M. para continuar su estudio y facilitar las evaluaciones ya que H.M. vivía cerca del MIT. Durante las cinco décadas que siguieron, H.M. acudió 54 veces al Centro de Investigaciones Clínicas del MIT donde permanecía varios días cada vez. Corkin, se convirtió en una guardiana celosa de su paciente filtrando con suspicacia todas las solicitudes de los investigadores que querían estudiar H.M. hasta el punto que negó a Dittrich conocer a H.M. ya que temía que su nombre real se hiciera público y le propuso firmar un documento que le impedía publicar nada de la entrevista a lo que Dittrich se negó, aunque consiguió conocer el nombre de H.M. investigando por su cuenta. En sus estudios de H.M., Corkin consiguió demostrar que había algunos errores en lo que sabía sobre H.M.:

Antes de los estudios de Corkin, la amnesia de H.M. podía ser resumida así: las lesiones en el cerebro le impedían adquirir nuevas memorias episódicas o semánticas mientras que las memorias episódicas y semánticas adquiridas previamente a su operación estaban más o menos intactas...

H.M. era capaz de retener series de algunos números durante varios mi-

nutos si los mantenía en un bucle repitiéndolos constantemente pero bastaba un estímulo distractor para que olvidara los números y la prueba. Eso no sucedía con estímulos más complejos como caras o imágenes que no podía mantener en un bucle. Era otra división entre memoria inmediata o a corto plazo y memoria a largo plazo

Corkin demostró, que incluso las memorias episódicas creadas antes de la intervención no existían o le eran inaccesibles. El pasado de H.M. previo a su operación estaba completamente “semantizado”.

En los 50 años del MIT no hubo un solo test que no le fuera aplicado a H.M. por diferentes investigadores. Incluso su sentido del humor fue evaluado. En sus años finales, H.M. que envejecía en una residencia geriátrica como una *estrella senil del rock*, demenciado, deteriorado por un ACV, multimedicado con antiepilépticos, neurolépticos y ansiolíticos, fue estudiado con técnicas de neuroimagen y Corkin, en una maniobra poco honorable, ignorando a los parientes aún vivos, (tres primos) consiguió nombrar como tutor al hijo de la mujer que lo había cuidado después de la muerte de la madre de H.M, tutor que nunca negó el consentimiento informado para realizar cualquier tipo de pruebas y autorizó la autopsia y cesión del cerebro de H.M. al MIT para su estudio cuando este falleciera.

Todos los que habían estudiado a H.M. tenían grandes esperanzas en la RMN de la que ahora disponían los clínicos pero había un problema que impedía la exploración. Scoville, había dejado en el cerebro de H.M. varias grapas metálicas y los investigadores no sabían si eran magnetizables. Si lo fueran podían ser atraídas por el intenso campo magnético del aparato y provocar grandes daños en su cerebro. La información llegada de los fabricantes que habían diseñado esas grapas muchos años antes, eliminó ese posible riesgo ya que los materiales no eran magnetizables. Hubo que descartar también que no se calentaran en exceso. Al fin pudo realizarse la exploración que reveló que había partes de hipocampo no destruidas en ambos hemisferios pero había daños que no se limitaban al hipocampo. También estaba afectado el cortex parahipocámpico

Al fallecer en 2008 se abrió un largo período de investigaciones y un no menos largo conflicto entre Corkin y el MIT y el neuropatólogo de la UCLA,

Jacopo Annese al que se había entregado el cerebro de H.M. para su estudio. El conflicto, uno de tantos entre científicos compitiendo por sus carreras, era tanto científico como personal y legal. Annese, descubrió que además de la conservación de parte de ambos hipocampos existía una lesión en el cortex orbitofrontal, probablemente provocada por la intervención de Scoville, que obligaba a reconsiderar, al menos provisionalmente, varios de los hallazgos. Corkin, lo negó diciendo que esa lesión se había producido en el manejo post-mortem del cerebro. Annese demostró que no era así y al fin publicaron los hallazgos conjuntamente pero Corkin reclamó la devolución al MIT de todas las preparaciones del tejido cerebral que Annese pacientemente había realizado y estudiado durante varios años así como todo el material de neuroimagen de alta resolución post-mortem. Después de muchos acuerdos, reuniones y abogados, el material volvió al MIT para ser “custodiado”. En las páginas finales del libro, Dittrich reproduce una entrevista con Corkin en la que esta le comunica que ha destruido las pruebas psicológicas no publicadas practicadas a H.M. durante los años de estudio en el MIT sin que Dittrich dejara de mostrar su asombro ya que entendía que no era científicamente correcto el hacerlo ya que en ese material de resultados no aptos según Corkin, para su publicación, podría haber datos de interés para correlacionar el material anatómico y de neuroimagen del que ahora se disponía con esas pruebas inéditas. Había precedentes de algo parecido. En el único estudio psicológico efectuado antes de la intervención por la psicóloga Lise-lotte Fischer se menciona que la memoria de H.M. era muy deficiente y en pruebas de recuerdo de series de números, H.M. fallaba al no recordar la tarea que se le había pedido. Corkin, no le daba importancia a ese estudio y consideraba como en el caso de la lesión frontal encontrada por Annese, que ese fallo se debía a los antiepilépticos que H.M. tomaba o a crisis sufridas durante la evaluación. Esa era una posibilidad a tener en cuenta pero la honestidad científica exigía confirmarla o refutarla, nunca esconderla como a su juicio parecía hacer Corkin. Corkin, no sale bien parada en el relato de Dittrich. Milner, que si es bien valorada, pensaba de Corkin que era muy trabajadora pero poco creativa.

PD. Brenda Milner, nacida en 1918, todavía seguía impartiendo clases en la Universidad McGill de Montreal a los 93 años cuando la entrevistó Dittrich. Se quejaba de que el guionista había confundido en la película *Memento*, ins-

pirada en H.M., la definición de memoria a corto plazo: *no tenía una mala memoria a corto plazo, dijo; es lo único que tenía.* Milner, dijo a Diettrich, que pensaba que H.M. nunca había conocido lo que era ser feliz tanto antes como después de la intervención y añadió, (ya había fallecido H.M.): *No puedo creer que ya no esté aquí. Me siento como si hubiese perdido un amigo y eso es algo cómico porque la amistad es algo recíproco, ¿no?... Usted es amigo de alguien y él de usted. Sin embargo (con H.M.) era algo unilateral porque él no me conocía...* Es un modo de hablar de H.M. muy diferente al de Suzanne Corkin...

EAVESDROPPING

An intimate history

John L. Locke. Oxford University Press. 2010

S.L.C.

Mi libro, dice John L. Locke, especialista en psicología del lenguaje de la Universidad de Nueva York, se ocupa del *intenso deseo de los miembros de nuestra especie por conocer lo que está ocurriendo en las vidas personales de los otros*. A Locke, fue la lectura de una obra de Marjorie McIntosh en la que se recogían las numerosas condenas por *eavesdropping* en la Gran Bretaña de hace cinco y seis siglos, lo que lo llevó a escribir este libro. *Eavesdropping*, en su significado antiguo, es el sitio exterior de la casa por el que cae la lluvia desde el alero porque, era en esos lugares de las frágiles y desvencijadas casas británicas de hace 500 años, donde se situaban los fisgones para escuchar y observar a escondidas las conversaciones y acciones de sus vecinos. Hoy, el *Word-reference* da como traducciones al español de *eavesdropping*, *escuchar a escondidas detrás de la puerta o disimuladamente*, pero no faltan palabras españolas que aludan de manera más o menos precisa a esa escucha escondida y por extensión, al ver o incluso al oler a escondidas. Así, espiar, fisgar, fisgonear o husmear, podrían proponerse como traducciones aproximadas aunque sus significados sean más o menos amplios que el término inglés¹. Locke, se pregunta en el libro: ¿Qué había ocurrido para que



¹ En el diccionario de la RAE, fisgonear, nos lleva a fisgar y este a husmear, que se define como, “indagar algo con arte y disimulo”. El *María Moliner*, define fisgar, como, el procurar alguien enterarse indiscretamente de los asuntos de otros preguntando, hablando con ellos, yendo a sus casas y da como sinónimos, atisbar, y acechar. Husmear, es tratar alguien de enterarse de cosas que no le conciernen. Eavesdropping tendría en español, tanto de fisgar, como de husmear, atisbar o acechar. En lo que sigue, se empleará fisgar, fisgonear, espiar, o escuchar o ver a escondidas según el sentido que tenga eavesdropping en cada frase del texto.

la mente medieval criminalizara esas conductas?... ¿Que pensaban los “criminales” que estaban haciendo cuando salían de sus casas por la noche para escuchar las conversaciones de sus vecinos debajo de los aleros?...

En su explicación, Locke, usa *eavesdropping* en dos sentidos. El convencional, la *subrepticia observación que se hace de las experiencias íntimas de otros* (como mirar por el ojo de la cerradura o escuchar aparentando inatención en un ambiente público), lo que implica la intervención de ojo y el oído. El husmear e indagar del español, que dejan abierto el campo incluso a las preguntas a terceros, los asigna Locke, al *gossip*, al cotilleo. La comunicación que siempre ha interesado a los lingüistas y psicólogos es diádica: un emisor A, emite señales que son recibidas por un receptor B que a su vez pasa a ocupar la posición de emisor. El *eavesdropping*, es también comunicación, pero con dos diferencias: emisor y receptor mantienen una actividad íntima sin ser conscientes de que existe otro receptor no conocido por ellos. En estos casos, la información intercambiada no es “donada”, sino “robada”.

En su segundo uso, metafórico, *eavesdropping* es una especie de instinto: la apetencia presente en todos los seres humanos a lo largo de la vida por conocer lo que está ocurriendo en las vidas personales y privadas de los otros. Evolutivamente, aquellos que conocían lo que los demás estaban haciendo o podrían hacer en el futuro, tenían más posibilidades de sobrevivir y pasar sus genes a la siguiente generación. Esa ventaja evolutiva no era tal en los tiempos de los cazadores-recolectores pues todas las actividades se hacían públicamente pero, hace 10 o 15.000 años, ocurrió algo relevante. Por primera vez en la historia, con la domesticación del ganado, la pesca y la agricultura, los humanos se hicieron sedentarios, y también por vez primera, levantaron alojamientos. Nuestros ancestros comenzaron a vivir detrás de muros y la posibilidad de la información directa comenzó a secarse porque las actividades cotidianas, hasta entonces públicas y transparentes, se fueron haciendo parcialmente privadas. Los muros, eran una nueva tecnología que paradójicamente amenazaba la seguridad de los grupos humanos al mismo tiempo que ofrecía oportunidades para soportar las presiones e inclemencias externas. Para Peter Wilson, antropólogo australiano, un subproducto de la domesticación fue la privacidad, que “*no era natural en la vida humana*” y despertaba sospechas, curiosidad y oposición. Podemos

preguntarnos, Locke no lo hace, si era posible ser paranoide en una sociedad transparente como la de los cazadores-recolectores o si fue la aparición de la privacidad con la domesticación y la agricultura lo que permitió la posibilidad de lo paranoide.

Los muros de los hogares interrumpían la “conversación visual” que hasta entonces había sido la norma en la historia humana. Los que permanecían en el interior de sus alojamientos cuando las inclemencias del tiempo no lo justificaban, hacían sospechar a los demás miembros de la comunidad que los que estaban detrás de esos muros podían estar tramando algo siniestro fuera del alcance de la mirada comunitaria pero permitían al mismo tiempo, que los protegidos por los muros desarrollaran conversaciones “familiares”. Los grupos humanos, como en la fábula de los erizos que tuvieron que hacer varios ensayos hasta encontrar la distancia adecuada que les permitiera estar juntos sin que sus púas los dañaran, tuvieron que desarrollar estrategias para equilibrar “la púa” con “el muro”. En los primeros tiempos del sedentarismo, hubo grupos que construían casas pero no vivían en ellas lo que parecía no tener sentido. Para Locke, los que se comportaban así, eran “resistentes” que se oponían al cese de la transparencia en la que hasta entonces habían vivido porque, ahora, para seguir sabiendo “quien hacía qué y a quienes”, eran necesarias estrategias más invasivas y no se trataba solo de ver la superficie externa de los otros, sino de conocer su interior, su intimidad. “Existir como ser humano, implica estar bajo escrutinio” y ese escrutinio, antes transparente, se había vuelto más difícil. Somos procesadores de información pero la información evolutivamente relevante, no es la que se guarda en las bibliotecas sino la que emana de la propia vida y será más importante y verdadera en la medida que sea más íntima y no exista la posibilidad de fingimiento, de ahí, el oír o ver a escondidas, porque en esos casos, el espionado, abandona las medidas defensivas anti-intrusos, tanto en lo privado como en situaciones públicas, “sin muros”, en las que podría recurrir defensivamente a fingir o susurrar porque, incluso el escuchar o ver “a escondidas”, puede hacerse estando visible, simulando inatención, adoptando el modo del observador-participante de la antropología, (ocultando las verdaderas intenciones) o estando “visible”, pero bajo otra apariencia que no es la propia (disfraz).

El impulso de invadir los espacios privados de otros es universal. Es un apetito voraz que, aunque no haya tenido un nombre definido, nunca impidió su conocimiento y su práctica. Hoy en día, dice Locke, los descendientes de ese apetito por conocer la intimidad de los otros, con el cotilleo y sus hermanos, el rumor y el escándalo, tienen la capacidad de cambiar fortunas, destrozando reputaciones y arruinando vidas.

Locke, recurre para ilustrar este apetito, al demonio Asmodeus de *Le diableboiteux* de Alain René Le Sage (1668-1747) pero olvida la fuente de ese demonio, el *diablo cojuelo*, retenido por un astrólogo en su buhardilla de Madrid, que al ser librado de su encierro por Cleofás, un estudiante que huía de la justicia, lo recompensa levantando los techos de las casas de la ciudad de Madrid para que Cleofás, pueda ver las intimidades de las vidas que allí residían. Le Sage, copia argumento y protagonistas de ese *Diablo Cojuelo* que escribió Vélez de Guevara (1579-1644)² que tuvo en su tiempo, numerosas réplicas en francés, alemán, y otros idiomas y despertó la envidia de unos cuantos literatos como Nathaniel Hatworne o Dickens que deseaban haber disfrutado de la posibilidad que concedió el diablo cojuelo a su libertador. Que el apetito para espiar las vidas ajenas es universal lo sabía bien Alfred Hitchcock que, no solo filmó la obra cumbre sobre el figoneo, “La ventana indiscreta”, (*Therearwindow*) sino que apostaba con quien fuera, a que, si viéramos una mujer desnudándose para acostarse o simplemente un hombre holgazaneando en su habitación, no desviaríamos la mirada y diríamos: *No es asunto mío...* Seguiríamos mirando³.

Un caso especial de *eavesdropping* es el de los criados, sobre todo en las casas señoriales de la Inglaterra del XVIII, XIX y principios del XX. Entre los siglos XVIII y XX se levantaron en Inglaterra más de 500 casas señoriales nuevas.

² Vélez de Guevara se inspiraba a su vez, en las tradiciones populares y en la obra de Rodrigo Fernández de Ribera (1579-1631), Los anteojos de mejor vista, en la que la invasión de la intimidad de los vecinos se produce desde la Giralda de Sevilla a través de unos anteojos especiales

³ En Islandia, 300.000 habitantes y tres veces la extensión de Galicia, cuenta MilanKundera en El Encuentro, que para soportar la soledad los granjeros apuntan sus prismáticos hacia sus muy lejanos vecinos de las otras granjas que hacen lo mismo que sus vecinos. El libro de Locke, no deja dudas de que se trata de algo más que de soportar la soledad. El mismo Kundera habla de, “se espían unos a otros” y no hace mucho que en Nueva York ocurrió algo semejante. Los ópticos informaron de ventas masivas de pequeños telescopios que no eran precisamente para observar los cielos sino las ventanas de sus vecinos.

Todas ellas necesitaban criados para su mantenimiento y estos sirvientes vivían bajo el mismo techo que sus señores y sabían de sus intimidades que entonces como ahora, “todos” deseaban conocer. Muchas veces, los criados como únicos testigos, eran convocados en pleitos de divorcio o maltrato doméstico y sus testimonios no eludían las intimidades más escabrosas. Un marqués acusado de impotencia, aportó el testimonio de sus criados que aseguraron haberlo visto con una espléndida erección matutina en más de una ocasión. Los testimonios de camas revueltas, huellas de esperma en las sábanas o ruidos en el dormitorio, no eran infrecuentes. Los criados, tenían una posición complicada. Su “espionaje” les daba poder o les traía desgracia según que o por quien declaraban pero había algo más que *eavesdropping*. A principios del siglo xx, el 13 % de la población trabajadora eran sirvientes⁴. En Francia, en la misma época, un tercio de todas las mujeres jóvenes trabajaban como criadas. Todos estos privilegiados “intrusos” sabían lo que sus señores comían y bebían, como se vestían, cuantas veces se bañaban, como hablaban, que tipo de música y entretenimiento disfrutaban. Ser criada o criado, era para la mayoría de ellos, casi todos muy jóvenes, algo transitorio que duraba hasta que se casaban pero en ese tiempo aprendían y emulaban todos los hábitos y maneras de sus señores incluyendo el gusto por el té o el modo de ladear el sombrero y también los valores morales. Esa emulación, servía como un importante medio de difusión cultural desde las clases altas a las bajas. Las criadas al casarse, llevaban a sus hogares de clase baja los modos de la clase alta mientras que los criados, que ahora sabían comportarse como un gentleman, podía aspirar a puestos de trabajo más importantes a los que su posición social de nacimiento los destinaba. La situación era sin embargo insostenible. En los años finales del siglo xix, la servidumbre, ahora en su mayoría letrada, almacenaba mucha información que anotaba con el fin de aprovecharla si los tiempos venían malos o buenos. Se habían convertido en periodistas “amarillos” y de algún modo en “policías” que espiaban el santuario del hogar victoriano que vivía ajeno a las normas de la sociedad exterior. Los señores, reaccionaron de varias formas. No despidieron a la servidumbre,

⁴ En *The Lyttelton-Hart-Davis Letters, 1952-1962, A selection*, 2001, Editorial John Murray, uno de los libros epistolares más hermosos que he leído (y no fueron pocos), Hart-Davis escribe a Lyttelton, que Sir Lionel Philips, un multimillonario africano, tenía setenta jardineros en su casa de Hampshire (además de otros muchos criados para los demás servicios).

la necesitaban, pero la aislaron. Antes, los criados permanecían detrás de las puertas del comedor, incluso del dormitorio, para acudir en cuanto eran llamados lo que les permitía escuchar y ver, por el ojo de la cerradura, lo que pasaba en los salones. El “invento” de la campana que se hacía sonar a través de una cuerda que llegaba a la cocina o a los alojamientos de los criados, ahora separados por pasillos, corredores y pisos, evitaba ese acechar detrás de las puertas que además se dotaron de un escudete que tapaba el ojo de la cerradura desde el interior. Además, se contrataron camareros sordos y se insonorizaron las habitaciones y salas. La tecnología hacía su aparición contra los espías internos.

El fisgoneo permitía el chantaje (*blackmail*) que combina dos acciones no delictivas en una, que si lo es: pedir dinero y saber algo relevante y verdadero pero comprometido de alguien. En inglés, se llama *greymail*, a un tipo de chantaje no explícito en el que alguien sorprende por casualidad a otro en una situación comprometida pero no exige dinero por su silencio ni difunde lo oído o visto. A pesar de ello, el sorprendido, se siente en deuda o amenazado y tiende a favorecer al que calla de un modo u otro.

Locke, se pregunta, si el impulso evolutivo de espiar las vidas ajenas se abandonaría cuando ya no produce ventajas evolutivas tangibles sino solo diversión. La respuesta es afirmativa como podemos constatar a diario. El fisgoneo recreativo, fue muy popular antes de la época de los *mass-media* pero ahora, millones de *voyeurs* fisgonean las vidas ajenas en los numerosos programas de televisión como Gran Hermano que satisfacen ese evolutivo apetito de intromisión (en los espectadores) con un nuevo componente más reciente (el exhibicionismo de los participantes). Locke, no dedica mucha atención a los modos nuevos de fisgoneo y cotilleo que inundan las revistas y televisiones y tampoco al “guasapeo”, Instagram y similares. Paparazzis, y programas británicos de puro cotilleo del tipo de *Sálvame* son mencionados pero apenas analizados. *Facebook* y *Twitter* tienen algo más de espacio en el libro. Los considera los herederos de los *Diarios* íntimos que salvo raras ocasiones no estaban destinados a su publicación o eran publicados años después del fallecimiento de su autor como el *Diario* de Samuel Pepys, escrito incluso con claves secretas que fue descubierto entre los papeles de su legado muchos años después de su muerte. En *Facebook*

y Twitter como en *Gran Hermano*, no hay robo de intimidad sino exposición voluntaria que a veces puede ser falsa o acordada como cuando alguna *celebrity* permite ser fotografiada “por azar” previo pago de cantidades que pueden ser importantes. O como los innumerables “acechadores” que asisten silenciosos a los intercambios de los participantes sin hacerlo ellos mismos protegidos con seudónimos o desde el anonimato sin más.

Si el *eavesdropping* implica el robo de experiencias íntimas de otros el cotilleo es la difusión de este robo. Umberto Eco, dedicó un largo artículo al cotilleo en uno de sus últimos libros que viene aquí al caso. Para Eco, una de las tragedias sociales de nuestro tiempo ha sido la transformación de esa válvula de escape, bastante útil, que era el cotilleo. En su versión clásica, el que se hacía en la taberna o la peluquería, el cotilleo era un elemento de cohesión. Nunca se refería a personas sanas, o felices sino a los errores y desgracias ajenas y podía expresar desprecio pero también compasión. El cotilleo moderno, es un producto de la prensa que se ocupaba de personas relevantes que se exponían voluntariamente a la observación de fotógrafos y cronistas. Este tipo de prensa, “inventaba” noticias, pero inventar, no es para Eco, informar de un acontecimiento que no se ha producido sino, *convertir en noticia aquello que antes no lo era*. Con la prensa y después con la televisión, el cotilleo pasó de susurrarse a gritarse y entró en una segunda fase en la que ya no eran los cronistas los que cotilleaban sino que eran las teóricas víctimas del cotilleo las que se ofrecían a cotillear sobre sus intimidades. Una epidemia de “visibilidad” parece propagarse en los últimos tiempos. Tres significantes la delatan y es posible escucharlos en políticos, y laicos: *poner en valor, hacer visible, mostrar solidaridad*. Todo el mundo quiere subir al escenario a poner en valor lo que sea y hacer visible su solidaridad con no importa qué; el problema es que ya casi no hay espectadores para tanta visibilidad. El fisgoneo no ha podido, al parecer, escapar de esa visibilidad que todos ahora procuran. Este libro aporta algunas claves para entender esta “epidemia” difícil de soportar al menos para quienes añoran el “sano” cotilleo antiguo.

A cielo abierto

Un documental de Mariana Otero. 2013

Rubén Touriño. Psiquiatra
Barcelona.

En la illa de San Simón (Pontevedra) hay una placa dedicada al capitán Nemo que reza así:

“O Capitán Nemo (Ninguén, en latín) e a súa tripulación do submarino Nautilus. Mediado o século XIX, arribaron a esta enseada de San Simón para recuperar o tesouro das américas, dos galeóns afundidos en Rande, co fin de axudar ós pobos do planeta na súa loita pola liberdade”.

Según la novela *20.000 leguas de viaxe submarina* Julio Verne (1828-1905).

El pasado otoño, en el contexto de las enseñanzas de la Sección Clínica de Barcelona¹, Antoni Vicens proponía a los participantes una aproximación al concepto de semblante considerando el matiz de ficción que podría atribuirse al término en francés. Se trata de tomar la ficción en el sentido de algo que no sucedió pero que no por ello es mentira. A modo de ejemplo, se presentaban las historias de Julio Verne como ficticias, aunque no por esto el escritor miente, en cuanto no pretende engañarnos. Así se invitaba a pensar como una primera acepción de semblante, como una ficción con consecuencias reales. En el caso de las novelas de Verne, se podría apreciar el efecto real de esa ficción, porque uno no las olvida fácilmente una vez leídas, la historia permanece en la memoria más allá de ser una ficción.

El documental de Mariana Otero sobre Le Courtil es igualmente una obra

¹ Seminario *El inconsciente en el siglo XXI. La orientación lacaniana*. Área de la Tétrada, curso 2015-2016. Sección Clínica de Barcelona. <http://goo.gl/5j5X19>

que no se olvida fácilmente, que transmite algo de lo esencial que allí se hace: todo un montaje para lograr un posible semblante, en donde no lo hay.

Un taller de cocina en el que no se pretende enseñar a cocinar, un aula de música donde no hay la intención de instruir en cómo tocar la guitarra, un espacio de teatro donde no se trata exactamente de eso... son algunos de los escenarios posibles a los que asistimos. Justamente “hacer que el semblante sea posible” es lo que se sitúa como una operación hacia la intervención que se sostiene en la institución que se nos muestra. Un semblante que permita “que los niños digan cosas que no podían decir”, que permitan advenir a las palabras allí donde no había más que silencio... ruido... cuerpos en los que irrumpen algo de lo imposible y excesivo. Aquello que dicen y hacen, es recogido por los otros que acompañan (por eso la presencia de los intervinientes²), con varias orientaciones; por un lado para ir constituyendo los cimientos en los que construir una posición subjetiva en el mundo con la que sostenerse de modo más soportable y para posibilitar además que incluso allí donde en apariencia no había sujeto de la lengua³, este pueda advenir, hacer uso de ella, sin que nadie termine por apropiarse de la misma.

UNA INTERVINIENTE MÁS

Mariana Otero se situará en serie como una interviniente más, mediante la invención de un “cuerpo-cámara” en el cual se “fusiona” con los instrumentos de filmación convertidas así en extensiones corporales, a modo de invento para prescindir de técnicos en el rodaje. Su presencia y su puesta en juego, en sus encuentros con los niños, hará de ella un operador más

2. “Operador hace referencia a la función de los que hacen el trabajo clínico en Courtil. En francés se ha utilizado la palabra *intervenant* para describir esta función que literalmente significa *aquel que interviene*”. En: Otero, Mariana; Brémont, Marie (2014). *A Cielo Abierto, Entrevistas. Courtil, la invención en lo cotidiano*. París: Buddy Movies; página 5.

3. “Cualquier tratamiento que se ponga en marcha debería estar advertido de que no se trata del tratamiento del sujeto sino del tratamiento del Otro, que permita al niño acceder al acto de producirse como sujeto, diciendo no al Otro del goce mortífero, pero sí al Otro de la cadena significante.” Ruiz, Iván (2012). *Diez principios y una hipótesis para nuestra investigación*. Blog Para una Práctica Entre Varios. En: <https://goo.gl/c2vzbG>

en la institución, con los consiguientes efectos tanto sobre los allí acogidos como sobre ella misma.

Los efectos sobre ella se ponen de manifiesto en los espacios de supervisión (véanse las escenas que aparecen en el contenido extra de la edición en DVD), donde aquello que en el encuentro genera angustia en el interviniente permite extraer algo de lo particular en juego para el sujeto y se convierte en una oportunidad para relanzar el trabajo clínico.

UNA CONSTRUCCIÓN

Si pensamos el ejercicio del montaje cinematográfico como un modo de escritura, en el documental asistimos al ejercicio de construcción de un caso, a partir de una pregunta, en este caso de la directora, siendo su obra aquello que de algún modo responde al enigma.

En el primer plano aparece la pequeña Amina, inspeccionando la cámara; no es baladí esto: será la mirada de Mariana a través del objetivo la que le permite estar presente sin convertirse en perseguidora, mirada no solo inofensiva hacia los sujetos allí acogidos, sino con efectos sobre algunos de ellos como veremos en el caso de Alysson: hermosa la escena en la que ésta, desplazándose en el patio, se dirige al objetivo de la cámara/Mariana preguntándole como en un juego “¿me ves aquí? ¿y allí? ¿acá?”, respondiendo con júbilo a la respuesta afirmativa, mirada que lejos de resultarle inquietante, le permite sostener un cuerpo como algo aparentemente unido, frente al despedazamiento que la emergencia de lo real alucinado imponen en otros instantes.

El cuidado en la observación, la delicadeza y la precisión clínica, junto con la curiosidad y el apostar por efectivamente aprender lo que allí sucede, se advierte en los espacios clínicos donde se captan *apres coup* los efectos que la contingencia de los encuentros han tenido. En las supervisiones conjuntas se pretende evidenciar que los diferentes espacios de atención que conforman la institución, en donde transcurre la vida y lo contingente de ésta, no pretenden forzar la entrada de la clínica en una teoría, tampoco encajar a los pacientes en clavijas o manuales, ni educar de acuerdo a un ideal o norma igual para todos, de acuerdo a convenciones sociales, sino al contrario: a partir de

la clínica, sobre la cual se interrogan, buscar la lógica que permita una intervención a partir de lo singular.

Si bien de acuerdo a la inscripción en la placa de la isla de San Simón, Nemo remite a Nadie en latín, esto no quiere decir que no hubiera sujeto, sujeto de la lengua: el capitán hacía uso de ella e incluso compartía con la tripulación una que resultaba incomprensible para los naufragos que acogían⁴ (quién sabe si hablarían en barallete!); pero no se trata en el documental del conocimiento de los idiomas sino del conocimiento de la lengua que nos habita, con frecuencia desconocida para uno mismo, y que a veces es mostrada naufragada a cielo abierto.

⁴ VERNE, JULIO (1870/2006). *Veinte mil leguas de viaje submarino*. Barcelona: Edhasa.

La práctica Lacaniana en instituciones I

Otra manera de trabajar con niños y jóvenes

Daniel Roy, Bruno de Halleux, Bernard Seynhaeve, Philippe Lacadée.
Vilma Coccoz (compiladora). Grama Ediciones, 2014, 234 págs.

Rubén Touriño. Psiquiatra
Barcelona

Cómo hablar con un sujeto, cómo situarse para hacer posible un encuentro, no es algo que venga dado; porque conversar con otro y que este responda, no deja de ser algo sorprendente. Y cuando ese otro tiene una relación particular con la lengua que hace obstáculo al lazo social, aún es más sorprendente que consienta en dirigirse a aquel que le interpela, cuando no directamente lo rehúye.

En las jornadas en las que se exponen casos y viñetas clínicas, el encuentro con el paciente es algo a destacar siempre; aún recuerdo lo que se me presentó tras la redacción de un caso durante la residencia de psiquiatría: el paciente durante tiempo puede que no diera cuenta de su construcción delirante en cuanto tal vez yo no estaba dispuesto a escuchar lo que tenía que decir; quizás ese fue el primer control de una práctica con el que me encontré sin ir a buscarlo, pero que aún a día de hoy tengo presente y que ha permitido, entre sus efectos, abrir el interrogante hacia cómo hay que situarse con respecto a la transferencia en la psicosis.

Así, cómo conversar es algo que habría de resonar de modo particular si tenemos en cuenta el lugar subjetivo desde el cual cada uno habla y escucha, frente a reducir la lengua a un mero instrumento de comunicación, opción esta última que aboca al malentendido permanente.

“¿De qué manera hablar a aquellos cuya defensa es extrema, radical? ¿Cómo dialogar con los que no hablan, o con aquéllos para quienes las palabras pueden desencadenar efectos desastrosos porque les despiertan

agitación, violencia, mutismo? ¿Cómo dirigirse a quienes no responden a la demanda, o cuyas demandas son imperiosas, exigentes, perentorias?”. Casi nada. Serán éstas las preguntas que recorren los trabajos recopilados en este libro –contiene la selección de algunos textos preparatorios, las traducciones de las conferencias y la transcripción de los debates posteriores– con motivo de un ciclo de jornadas organizadas por el Nuevo Centro de Estudios de Psicoanálisis (NUCEP-Instituto del Campo Freudiano) y el Espacio Madrileño de Psicoanálisis con Niños (EMPN-Comunidad de Madrid de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis).

Así, entre 2012 y 2013, cuatro psicoanalistas acudieron para compartir y conversar sobre su práctica en instituciones orientadas a la atención clínica en la infancia; cuatro referentes de cuatro instituciones todas diferentes, si bien compartiendo la apuesta por la orientación lacaniana para guiarse en la atención. ¿Qué ha implicado esta apuesta para quienes allí trabajan y los sujetos que atienden?

DANIEL ROY

Fundador y responsable durante años de una experiencia colectiva hacia el trabajo con bebés y sus cuidadores en orfanatos búlgaros. El nombre dado a dicho proyecto en un primer momento, *Crecer Sin Padres*, testimoniaba de un real al que se enfrentaban estos niños y se constituía en un rasgo al cual se devolvía toda su dignidad: “hemos reconocido en estos niños una responsabilidad, la de crecer sin padres, pero no sin nosotros, que los reconocemos de este modo”; así, se entraba a formar parte de una comunidad humana que acogía lo inadmisibles y de este modo se abría también la posibilidad a que estos niños encontraran un lugar en la trama de una lengua portada por los miembros de esa comunidad: “cómo crecer sin padres pero no sin Otro”.

Como apunta Vilma Cocoz en la introducción, frente a los “criterios de admisión”, las leyes de la hospitalidad analítica proponen una manera de acoger a un sujeto y aquello que puede ser considerado inadmisibles.

En los trabajos seleccionados para este volumen y en su conferencia que llevó por título *La Institución, Una Serie de Encuentros*, nos ofrece un recorrido por las coordenadas que orientarán la cura analítica en el niño.

BRUNO DE HALLEUX

La Antena 110 fue fundada en el año 1973 por Antonio Di Ciaccia, quien aprendió de los niños autistas y psicóticos allí acogidos para ofrecer un estilo de respuesta, una presencia, que aliviara al sujeto de tener que defenderse sin respiro de los efectos del lenguaje que los situaban como objeto de un Otro caprichoso, mortífero, persecutorio, apuntando en ese descanso a poder dedicarse a las actividades que resultaran de interés del niño, en cuanto podrían implicar una solución personal a cómo hacer con ese ser gozado que le hace sufrir. Se ofrecía así la posibilidad de hacer un lugar al sujeto, no ya en lo que respecta a un espacio geográfico donde estar, sino un lugar donde sus actos y enunciaciones fueran acogidos, ante la imposibilidad por el momento de un lazo social, y frente a la exclusión o la segregación que implicaban otros discursos asistenciales. Jacques Alain-Miller denominaría al modo de orientar la clínica que allí se inventó como “práctica entre varios”, siendo esos varios quienes tratan de aprehender lo que sucede para intentar apuntar a una regulación del goce que hace sufrir, justamente cuando algo aparentemente tan simple como dirigir una palabra podría encarnarlo.

Bruno de Halleux, actual director terapéutico de la Antena 110, recuerda las dos tesis que orientaron a Di Ciaccia: “la primera es ética: no juzgar al loco en términos de déficit ni de disociación de funciones” otorgando un lugar al niño autista como sujeto de pleno derecho; la segunda: “la condición del sujeto depende de lo que sucede en el Otro”, lo que apunta a considerar el tratamiento de ese Otro, siendo la práctica entre varios “una práctica sobre la lengua”. Y a través de extraordinarias viñetas clínicas, da cuenta también de su lugar como director, que no es el del “amo del saber, ni director de organización del centro, ni responsable médico o financiero” sino “el saber hacer obstáculo al sentido” que atraviesa el discurso común agujereándolo y permitiendo tanto un lugar en el cual el niño en cuanto sujeto pueda enunciarse, como un vacío que permita relanzar el deseo de los que allí intervienen para mantener un trabajo siempre vivo frente a una rutina de procedimientos.

BERNARD SEYNHAEVE

El Courtil fue inaugurado en 1983 por Alexander Stevens bajo el deseo de “producir una institución que albergara en su interior tantas instituciones como sujetos la habitan”; para ello, se daría lugar a una institución incompleta, que frente a una deriva *universal, eterna, todopoderosa*, se presentará *local, temporal, precaria*¹ dando la oportunidad de emerger y poder hacer con la singularidad de cada uno.

Bernard Seynhaeve –director del Courtil– en *El Acto y el Tiempo de Entrada* establece, en cuanto a la entrada de un niño en la institución, las diferencias entre la urgencia social y pedagógica, de la urgencia subjetiva; esto es, frente a la prisa por la cual es derivado allí por las instancias sociales o pedagógicas, la *emergencia* de una urgencia en el sujeto para ser acogido en la institución. En esta misma línea, también Bruno de Halleux recordaba que la entrada física de un niño en la institución puede no corresponderse con su entrada subjetiva, siendo necesario encontrar un consentimiento, el hallazgo de una pequeña puerta de entrada a ser franqueada. Como planteaba Daniel Roy en textos previos, “una puerta de su talla”, no en cuanto a la estatura, sino “una puerta que él mismo se talla con las herramientas que ha recibido y con aquellas de las que se ha dotado, en la trama de discursos que tejen su historia”.

Así, Bernard Seynhaeve expone con gran claridad a través de ejemplos clínicos lo indispensable que resulta que en el primer tiempo de admisión del niño tenga lugar un acto que abra un espacio en el cual el sujeto pueda inventar su solución a lo que le acontece; “un acto no resuelve siempre, pero sí cambia las coordenadas de la dificultad: se abre la puerta de una posibilidad”; sería éste un acto que subvertiría la demanda pedagógica y social (sin deslegitimarlas, pero descompletando dichos discursos) dando lugar a la posibilidad de que aparezca la demanda del propio sujeto que es allí *colocado* por las dificultades que se advirtieron en la escuela o en el hogar. Para ello, apunta, se requiere de un otro encarnado, que tenga un estatus del cual

¹ FRANÇOIS-XAVIER FÉNÉROL. Institution du pas-tout. Ironik! Le Bulletin UFORCA pour L'Université Populaire Jacques-Lacan. N° 13, febrero 2016. http://www.lacan-universite.fr/wp-content/uploads/2016/02/3_-Institutions.pdf

pueda hacer uso –esto es, un semblante– que le permita descompletar el discurso del amo por el cual es dirigido allí; lo mismo que es necesario “saber ignorar lo que uno sabe” en cuanto dejar sitio a que pueda elaborarse un nuevo saber, que aún no existe, y que el sujeto no vendrá a completar ni verificar. Es así como se apuesta por un saber a inventar, uno por uno, en la búsqueda de una manera más tolerable de existir.

En el texto de su conferencia *El Padre del Cual Uno Se Sirve* y la conversación posterior, resulta emocionante el modo en que B. Seynhaeve da cuenta de su llegada al Courtil y el encuentro contingente con el psicoanálisis, que lo llevaría a iniciar un recorrido analítico. Y vuelve sobre aquello que le permitió ejercer la función de director y que en un principio pensaba incompatible con el discurso analítico en cuando éste último sería el reverso del discurso del amo. Su solución: consentir a inscribirse en el discurso del amo –en tanto director– pero a cambio de saber que es semblante, y, como tal, servirse de él, justamente para poder subvertir a su vez dicho discurso del amo en cuanto “garantizar que la ley no sea la regla, es decir, mantener barrado al Otro, descompletándolo, agujereando su omnipotencia”, dejando así un hueco donde pueda advenir un saber singular del sujeto. Esa misma operación subversiva es la que justamente operaría en la acogida del niño como tiempo lógico que precedería a la transferencia.

En otro de los trabajos incluidos en este volumen, *La Adolescencia en el Siglo del Objeto*, desarrolla la tesis sostenida por Freud y Lacan según la cual la fragilidad subjetiva que encontramos en la adolescencia no se debe a una causa biológica sino a que somos seres hablantes; no es la pubertad *per se* la causa del malestar en la adolescencia –contrariamente a lo que tal vez se podría pensar– sino más bien el tratarse de un tiempo donde se vuelve a presentar el traumatismo del primer encuentro con el lenguaje en el origen de la vida, bajo la modalidad de que el discurso familiar del que se hacía uso en la infancia, los ideales familiares, fracasan para dar cuenta de lo real que se le presenta de nuevo. Justamente, el cómo hacer uso del lenguaje, es algo que para los humanos hace problema en todas las edades de la vida, al contrario de los animales: al no disponer de este órgano suplementario, el paso de la infancia a la edad adulta no sería una dificultad particular.

PHILIPPE LACADÉE

Presentándose su práctica “entre varios” en un hospital de día para adolescentes psicóticos, así como los encuentros con profesores conmovidos ante la dificultad para la transmisión de un saber desde su lugar en la escuela, retomará la clínica de la adolescencia a partir de las fugas y errancias que a veces se presentan, consideradas como textos a descifrar, a ser leídos, en oposición a la categoría de “problemas de comportamiento”, tomando tanto ejemplos de la clínica como el hilo de la poesía de Rimbaud en el cual leer su empuje al desplazamiento.

Este libro transmite el deseo contagioso de quienes intervinieron en las jornadas que le dan título. Repleto de viñetas que transmiten una orientación en la clínica, subversiva frente a cualquier tipo de acomodamiento ante discursos terapéuticos totalitarios, rechazando la segregación y la exclusión de aquellos que se posicionan fuera del lazo social, invita a pensar la propia práctica y a discurrir la manera de hablar y decir frente a aquellos sujetos que nos despiertan tanto interés como dificultad en cuanto a cómo situarnos a su lado para intentar acompañarlos, uno por uno, en la búsqueda de una relación más benévola con el lenguaje.

¿Qué queda del padre? *La paternidad en la época hipermoderna*

Massimo Recalcati. Xoroi Ediciones. 2015. 126 págs.

Ricardo Fandiño Pascual. Psicólogo Clínico
Presidente de ASEIA (Asociación para a Saúde Emocional na Infancia e Adolescencia)

La lectura del libro “¿Qué queda del padre?”, de Recalcati, es todo un estímulo intelectual para profundizar sobre la realidad social y clínica contemporánea. El padre que no es(tá) es un elemento determinante de nuestra sociedad hipermoderna, y son tantas las implicaciones del mismo que podemos seguir su rastro en la clínica, las instituciones, la familia, o las noticias diarias. Para aquellos que nos dedicamos de forma más específica a la clínica infanto-juvenil y que tratamos permanentemente con jóvenes y sus familias, resulta una lectura que genera interesantes aperturas y nos remite a una visión crítica pero esperanzadora del lugar del padre y del oficio de psicoterapeuta.

La paternidad es un constructo complejo que se caracteriza porque su ejercicio no tiene por qué estar ubicado en una sola figura, ni ser exclusivamente desempeñado por un hombre. Es una función afectiva, sociocultural, relativizada por los momentos históricos. Es también una función simbólica ejercida por el hombre, por el padre, pero también por la madre, por otros parientes, figuras significativas, grupos e instituciones.

Para Freud la figura paterna desarrolla cuatro funciones superpuestas y complementarias: el padre como modelo, el padre como objeto, el padre como auxiliar y el padre como rival. Lacan añade a las anteriores la función de corte que impide la fusión entre madre e hijo. Melanie Klein otorgó una mayor importancia a la figura paterna no solo como figura simbólica, sino también como figura real a través de su presencia física, cálida y frecuente, desde etapas muy tempranas del desarrollo del niño.

En palabras de Recalcati la familia contemporánea *"se muestra sin centro de gravedad, estratificada, desordenada, carente de núcleo y con tendencia a asumir las más diversas organizaciones"*. Vivimos un momento de rápidos cambios a nivel social y familiar, pasando de las familias tradicionales a las familias posibles. Estos cambios sucedidos en el contexto familiar, han generado nuevas dinámicas relacionales y la aparición de nuevos modelos y vínculos. Acompañando a estos cambios que se vienen dando en la configuración y funcionalidad de las familias, la presencia de las figuras parentales en la vida del niño es con frecuencia más difusa. En concreto la figura paterna se diluye.

Es cierto que históricamente ha sido frecuente que la figura paterna haya marcado su presencia en la familia desde la ausencia objetiva, más o menos prolongada, que provocaban el trabajo, la guerra o la emigración. Sin embargo esta "presencia ausente" no siempre ha tenido la misma repercusión simbólica y relacional.

La función paterna se ha transformado históricamente desde un ejercicio de poder absoluto, pasando por el patriarcalismo cristiano, hasta nuestros días donde se constata una paulatina disminución del "poder" de la figura paterna. Se puede pensar también que la función paterna en las sociedades occidentales ha ido repartiéndose en referentes de poder institucionales como la iglesia, el ejército, la universidad o el propio el estado. Pero en ese proceso y a día de hoy, cabría preguntarnos quien cumple realmente esa función paterna de referencia moral, autoridad, y límite, para nuestros niños y adolescentes. Quién ejerce la función paterna en un contexto social en el que la mayor parte de las instituciones de referencia están en cuestión en cuanto a su autoridad moral.

En palabras de Jerónimo Bellido, director del Instituto Wilhelm Reich-Europa, las ausencias de la figura paterna habrían dejado paso en la actualidad a toda una carencia con importantes implicaciones sociales. La familia contemporánea nos deja entonces preguntas como ¿Por qué los hombres quieren ser padres biológicos pero no quieren o no pueden cumplir la función paterna? De esta manera se establece una dicotomía entre el deseo y los ideales tal y como se construyen en nuestra sociedad. ¿Está la función paterna valorada?. ¿Qué es la función paterna en la contemporaneidad? ¿De qué contenidos afectivos, educacionales, emocionales la llenamos?. ¿Cuál

es la parte que pone el padre y cuál es la parte que pone el hijo? Preguntas para ser planteadas socialmente, pero también para ser exploradas a partir de nuestra propia vivencia personal y profesional.

Es en este contexto en el que debemos enmarcar el libro de Massimo Recalcati en el que reflexiona sobre la paternidad en la época hipermoderna, poniendo el acento en la contemporánea ruptura de la alianza entre la ley y el deseo, como consecuencia de la difuminación de la función simbólica de la paternidad. De esta forma se diluyen los límites y se dificulta la posibilidad de identificarse simbólicamente con un ideal, cuestiones ambas centrales en el periodo transitorio de la adolescencia.

Ante la constatación de esta realidad clínica y social Recalcati no nos propone una vuelta nostálgica al poder patriarcal omnímodo, ni tampoco abandonarse al principio de placer. Su propuesta sería la de reivindicar el padre como referencia ética a través de la cual se transmite el deseo de ser adulto. Un padre humano, ligado a la ley, que se presenta ante el hijo, no desde el lugar de lo que él llama “*la angustia del rendimiento*”, el eterno éxito, sino también desde la aceptación de lo fallido de uno mismo. En palabras del autor “*Lo que queda es el padre como viviente, como encarnación singular del deseo en su alianza con la ley, testimonio particular de cómo se pueden mantener unidos ley y deseo*”.

Esto le llevará a la posterior teorización de “El Complejo de Telémaco”, donde recupera la figura del hijo de Ulises, que espera en la orilla la vuelta de un padre, que en su ausencia se instaure como referencia, como un faro que guía al hijo hacia la adultez a través de asunción de la responsabilidad sobre la propia vida.

Mantiene también Recalcati una actitud crítica con un sistema social en el que prima una continua necesidad de logro, combinada con un miedo absoluto al fracaso. De este modo el narcisismo de los padres, en juego en la exigencia social, se proyecta sobre los hijos que deben aparecer no solo como especiales, sino como excepcionales.

“La dificultad de acceso al deseo tiene ciertamente que ver con la hegemonía indiscutible del discurso capitalista y con la evaporación del padre que de ella deriva. Pero tiene también que ver con una ausencia de los adultos, con una caída de la diferencia

generacional y de la responsabilidad que esta comporta". Introduce de este modo Recalcati otro tema interesante, como es la importancia de asumir la separación y el conflicto entre generaciones. Es necesario aceptar que la relación padre-hijo es una relación conflictiva y asimétrica. Así la tendencia a la indiferenciación entre padres e hijos en sus modos de hablar, de gestionar el ocio, sus hábitos de consumo, su vestimenta, dificultarían la trasmisión de la herencia simbólica que permite al niño llegar a la adultez a través de la transición adolescente. De alguna forma el padre igualado al hijo adolescente, o el padre adolescente frente al hijo adolescente, se convierte en un referente irrelevante que en el juego especular de proyecciones tiende a debilitarse con el paso de los años, dejando al hijo abandonado a su suerte.

Otra de las grandes angustias de los padres hoy es lo que Recalcati llama *"la exigencia de sentirse amados por sus hijos"*. Esta nueva exigencia invierte la dinámica del reconocimiento paterno-filial y con ello la asimetría generacional. De este fenómeno se derivarían el exceso de sobreprotección en la relación con los hijos, a los que siempre hay que decir que sí, para evitar de este modo cualquier conflicto sobre el que se pudiera gestar el temido desamor.

Nos dice Winnicott que *"la independencia no existe"*. Esta realidad frustrante de la condición humana choca frontalmente con los ideales contemporáneos del individualismo y la realización frente al otro. Así la relación entre hijos y padres se desarrollará entre el rencor por el entrapamiento del conflicto dependencia-independencia y la esperanza de poder ir más allá del lugar de hijo para convertirse en un adulto.

Para volver al padre, sin caer en el riesgo de un retorno nostálgico al poder absoluto patriarcal, tenemos que recuperar un padre real, corporal, responsable de su proyecto de vida, de lo que hace y de lo que no hace, de sus aciertos y sus errores, que asume un lugar activo en su relación la propia historia vital. Es en palabras de Recalcati *"un padre, que sabe encarnar en su propia existencia singular, la pasión del deseo, y precisamente porque la sabe encarnar, también puede transmitirla"*

En el libro de Recalcati se ejemplifica esta paternidad hipermoderna reflexionando sobre las novelas *"Patrimonio"* de Philip Roth, y *"La Carretera"* de Cormac McCarthy, así como las películas de Clint Eastwood *"Gran To-*

rino” y “Million Dollar Baby”. Me ha servido la lectura del texto de Recalcatti para visitar estos libros y películas a la luz de la mirada del psicoanalista italiano.

El libro de Philip Roth aborda la relación entre el escritor y su padre, a partir del momento en que se conoce la enfermedad terminal que este padece. Este hecho, que enfrenta al autor a la proximidad de la ausencia del padre, es precisamente el que le permitirá tomar conciencia definitiva de su presencia en él. En palabras de Recalcatti *“Lo que el padre deja al hijo no es un testimonio ideal, porque el auténtico testimonio nunca lo es. (...) No hay testimonio posible sin memoria, no hay testimonio posible sin trabajo simbólico del duelo”*. No hay nada más imperfecto que la memoria, y su memoria es lo que Roth hereda del padre, por eso afirma que el hombre está hecho de recuerdos. No en vano el oficio de Philip Roth es escritor, una actividad que se apoya en el arte de recordar.

“La carretera” de Cormac McCarthy narra la relación de un padre y un hijo en un mundo distópico en el que se ha perdido toda noción de ley. Es un mundo sin futuro y sin esperanza. Y en este contexto oscuro el padre aparece como un hombre real, presente, que se hace en permanencia cargo de su hijo. La paternidad del personaje de McCarthy no pasa por el simbolismo, sino por su realidad corporal. *“Es únicamente a través del padre real que puede sobrevivir algo del padre simbólico”* dice Recalcatti. En un mundo en descomposición lo que queda del padre, a través de su presencia y su constancia, es la idea del porvenir como posibilidad. Es el padre que no se rinde, y en su lucha mantiene abierta la posibilidad de la vida señalando así el camino a su hijo.

En las dos películas de Clint Eastwood se aborda la paternidad más allá de la familiaridad y el vínculo de sangre. Los protagonistas de ambas películas son hombres que podríamos considerar fracasados en su función paterna respecto de los propios hijos. Es a través de la relación con otros jóvenes como desarrollarán ese rol dando un testimonio que permitirá a otros continuar el camino hacia la responsabilidad de la propia vida. En el caso de “Million Dollar Baby” a través del reconocimiento del deseo de la boxeadora que lo elige a él como referente, y no a otro. En el caso de

“Gran Torino” aceptando ser el objeto de identificación simbólica que permite al niño constituirse como hombre.

Son algunos ejemplos en la cultura, de la inquietud que genera la caída de los grandes ideales en un mundo caracterizado por la incertidumbre, y la necesidad de recoger el testimonio, la herencia, el deseo, para abrirnos camino en él.

Nos propone así esta obra de Recalcati, pequeña en extensión y grande en profundidad, no solo un análisis crítico de nuestra sociedad, sino una mirada clínica transversal a nuestra realidad. Y sobre todo un alegato sobre la posibilidad de conjugar ley y deseo en un padre contemporáneo radicalmente humano, referente, responsable de la propia vida imperfecta, a través del que surge la esperanza de un futuro mejor.

Psicofármacos que matan y denegación organizada

Peter C. Gotszche. Libros del Lince. 2015. 424 págs.

Javier Carreño Villada. Psiquiatra. Psicoanalista
Vigo

Uno coge temeroso un libro con este título así de descarnado y libertario. Ojea las sinopsis previas y, entre aluviones de críticas despiadadas y vals interminables de alabanzas, los ecos antipsiquiátricos de hasta la victoria, siempre atraen y asustan al lector psiquiatra-psicólogo. Puede éste ser freudiano, lacaniano, psicodinámico, antipsiquiatra u organicista pero lee cauteloso y timorato con un ojo puesto en la última cena dispuesto a preguntarle al autor ¿seré yo señor? A medida que avanza la lectura se confirman ciertas ideas. Los antidepresivos anestesian, los ansiolíticos enganchan, los antipsicóticos atontan. Poco a poco Gotszche deja caer otras perlas. El síndrome de retirada de los neurolépticos, los suicidios por ISRS y la corrupción más absoluta que recorre el negocio de los psicofármacos y de los psiquiatras que abanderan su cientificidad. “Espaldas plateadas” les llama. Y el diluvio no cesa. TDHA, tratamiento forzoso y detención involuntaria son vapuleados ante la trituradora intelectual de Gotszche. Estudios y más estudios. Y estudios falsificados, estudios escondidos y de fondo el dinero que es tu dios les recrimina a Pfizer, AstraZeneca y demás. Todo es luz clarividente de la gigantesca mentira en la que desarrollamos nuestro trabajo. Pero cuando uno acaba el libro, extenuado y cuestionado también aparece la claridad de la clínica cotidiana para mostrarnos los oscuros de este libro.

Gotzche es médico y para él, las cosas son científicas y rebate con estudios todos los estudios, como se dice “siempre tiene el as para matar al tres”. Y está muy bien, es riguroso, impecable pero, en nuestra profesión, los estudios, las escalas, las guías científicas y los diagnósticos de manual no nos

suelen aportar más que un endeble soporte con el entendernos entre los colegas de profesión. Digamos que da un poco igual que un estudio me diga que la fluoxetina cura eso que llaman depresión y que otro me diga que con la fluoxetina se suicida la gente. Evidentemente tendremos más en cuenta esos estudios que no son rentables para una compañía farmacéutica pero tampoco podemos asegurar con certeza que cuando damos un medicación a alguien le condenamos a una muerte segura. Se olvida quizás Gotszche de que tenemos una psiquiatría a la altura de los tiempos en los que vivimos. Unos tiempos impulsivos, hipereficientes, de la felicidad obligatoria y de la drogadicción tutelada. Propone inocente Gotszche una psicoterapia en general, un cuidado, un uso de la palabra del médico amo. Es ahí, en esos oscuros, donde tenemos los psiquiatras y psicólogos algo que decir. Es ahí donde resolvemos, sin panfletos ni exordios, una propuesta para dibujar el marco de nuestra profesión. Y no es tan difícil, simplemente ataviados con la psicopatología más clásica, el psicoanálisis o las diferentes corrientes psicoterapéuticas trabajamos a diario con una manera de hacer con la palabra y a veces con el fármaco. Y es que ningún estudio te dice cómo ni cuándo ni a quién ni en que momento tienes que realizar cierta intervención socio-familiar. No explica lo imprescindible de esa palabra adecuada o el uso de esa pastilla para esa persona en esa situación. Ningún estudio nos dice ni nos dirá qué podemos hacer para ayudar resolver el drama que supone ser humanos.

Acompañamiento terapéutico y clínica de lo cotidiano

Leonel Dozza de Mendoza. Letra Viva. 2014. 254 págs.

Ramón Ramos Ríos. Psiquiatra
Equipos de Continuidad de Cuidados
Hospital Psiquiátrico de Conxo

Cuando en las primeras jornadas de la Asociación Galega de Saúde Mental- AEN me correspondió hablar de la visita comunitaria, nuevamente tuve que enfrentarme a preparar un tema que, por mi experiencia práctica en los Equipos de Continuidad de Cuidados, conocía en profundidad, con la limitación de que se trata de un ámbito con escasa teorización como muchas veces habíamos comentado en nuestro equipo (1, 2). Si bien, había hilos argumentales de los que tirar para explicar ciertas intervenciones que realizábamos, que sabía eran significativas para nuestro trabajo terapéutico, en el debate posterior y en el transcurrir de la jornada, quedo claro que sólo con los elementos que había esbozado no era suficiente para evitar un deslizamiento hacia un asistencialismo en el que el trabajo comunitario obvia las necesidades clínicas de los casos más graves. En medio de ese debate, fue Fernando Colina quien me sugirió la lectura de este libro, que meses después pude conseguir y leer (3).

He de reconocer mi desconocimiento de ese rol profesional, el de acompañante, que en algunos países sudamericanos está reconocido como una profesión. Ya Dozza señaló hace años que este agente era desconocido por muchos de los profesionales de salud mental, grupo en el que también yo me encontraba (4). Y eso que en nuestra área contamos con una experiencia muy valiosa que también fue presentada en esa jornada: el programa Acompañamiento Integral de la Asociación Fonte da Virxe, programa en el que pudimos colaborar desde su inicio y que fue posible gracias al empeño de algunos miembros (familiares) de la directiva de la asociación que vieron claro que se podía hacer algo más por su familiar con enfermedad

(y cuánto más) (5). Desde el inicio de ese programa las reuniones de coordinación con los educadores del programa se han mantenido regularmente. Tras la lectura del libro, ahora puedo comprender mejor algunas de las vivencias de los educadores y de las dinámicas que comentamos. Conceptos como el encuadre ambulante, la tarea, la actuación transferencial o la función de interdicción podrían aplicarse a los retos que les estaba planteando el acompañamiento a los usuarios y sus familias. Y sobre todo entiendo mejor la importancia del sentido del humor, la risa intersubjetiva, logro del acompañamiento a algún usuario, que entendíamos como un gran avance en su recuperación. En la jornada, presentaron datos de satisfacción con el programa. Recuerdo cuando le dije a una de las madres impulsoras del programa que el hecho de que la valoración de los familiares fuese más baja que la de los usuarios y profesionales era un éxito del programa. Ya que el logro estaba siendo conseguir reducir la intrusión de los familiares y dar pasos hacia la individuación.

A día de hoy, yo mismo estoy haciendo algunos acompañamientos en casos muy concretos por su difícil vinculación al equipo y cuando pensaba en la posibilidad de comunicar alguno de estos casos a colegas en sesiones clínicas u otro tipo de comunicaciones, me veía en la misma tesitura que señala Dozza *sobre todo en el ámbito de la clínica de la psicosis, uno puede llegar a hacer cosas “técnicamente malas” que ayudan al paciente, pero luego le “avergüenza contárselo a los demás”* (pág. 79), porque además realizamos nuestro trabajo en un contexto donde el tratamiento se ha reducido al manejo de los fármacos con pretensiones de una gran especialización, pero en el que quedan al margen los aspectos más relevantes del caso. Un contexto en el que hablar de lo cotidiano y del manejo asistencial del caso se convierte en objeto de risa alienante, parafraseando a Dozza, no sólo el psicótico cumple una función especular con el terapeuta neurótico sino que a otro nivel los equipos comunitarios cumplen esa función con la red de asistencia a la salud mental neurótica, que desecha todo lo que no pertenece a su ideal científicista.

Leonel Dozza de Mendoça, psicoterapeuta y psicólogo comunitario, es natural de Sao Paulo, Brasil donde empezó a realizar acompañamientos terapéuticos hace treinta años. Es el principal impulsor de la introducción del acompañamiento terapéutico en España, habiendo realizado actividades for-

mativas y supervisión de profesionales y constitución de equipos y asociaciones de Acompañantes Terapéuticos. Actualmente es Director del Centro de Día y del equipo de Apoyo Social Comunitario “Parla” (concertados por la Comunidad de Madrid y gestionados por la Fundación Manantial).

Este libro de Dozza incluye en el título dos actividades. El acompañamiento terapéutico y la clínica de lo cotidiano. Clínica de lo cotidiano que caracteriza a la teorización del acompañamiento y su práctica, pero que el propio autor considera debe extenderse a otros ámbitos terapéuticos y rehabilitadores como equipos comunitarios, hospitales de día, centros de día, residencias de psicóticos, etc.

Las bases teóricas del acompañamiento terapéutico que permiten comprender y dotar de significado a sus intervenciones son descritas en los dos primeros capítulos en los que se explican extensamente las teorías de Winnicott sobre el desarrollo temprano y los fundamentos psicopatológicos y clínicos que sustentan esta actividad. Enumera a partir de aquí las principales pretensiones terapéuticas del acompañamiento:

a) Disminución de la intensidad de angustias primitivas y, consecuentemente, de las defensas no adaptativas y disruptivas. Se trata de brindar una provisión ambiental que ampare el derrumbe psicótico y sus manifestaciones patológicas.

b) Contribuir a resignificar las dinámicas vinculares (incluidas las familiares) patógenas y alienantes, es decir: aquellos vínculos en que la regresión a la dependencia se estereotipa y cronifica bajo la forma de infantilismo, dependencia patológica, abandono de sí mismo, etc.

c) Facilitar la inserción en el ámbito de la transicionalidad, dado que dicha inserción puede ser altamente beneficiosa en lo que respecta a un funcionamiento satisfactorio de la estructura psicótica. Esta inserción incluye actividades e interacciones con objetos, espacios físicos y personas (pág. 75)

En el tercer capítulo, Dozza, explica en qué consiste la Clínica de lo cotidiano y las paradojas que lo atraviesan. De lo que se trata es de un manejo clínico-asistencial. En todo acompañamiento (lo sabemos los que tenemos esta experiencia de acompañar a personas con psicosis en la comunidad) van a tener lugar tareas asistenciales y clínicas. Cuánto del trabajo va a ser

asistencial y cuánto clínico va a depender del caso particular. Pretender que el trabajo sea sólo clínico (como nos dicen cuando recibimos alguna derivación “es sólo para el depot”) se me antoja difícil en los casos más graves (habida cuenta la insuficiencia de recursos sociosanitarios y de apoyo a personas con trastorno mental grave en nuestro medio). Asimismo considerar que el trabajo del acompañante se limita a la asistencia a cuestiones domésticas no hace justicia a los frutos terapéuticos que pueden lograrse al acceder al vínculo a través de esta actividad. Como señala Dozza: *Aunque la labor del acompañante suele extenderse hacia el ámbito de la vida cotidiana y necesidades materiales y pragmáticas del paciente, esta labor asistencial, va a depender de cada caso y situación específicos* (pág. 81). Respecto a la clínica de lo cotidiano va a señalar también la importancia de las intervenciones que por analogía al arte dramático denomina escénicas y del encuadre. Un encuadre que define como ambulante y abierto y que significa dejar atrás muchas de las comodidades que implican el trabajo en el despacho o instituciones. También en este capítulo es muy importante la explicación de los conceptos *amigo cualificado, amigo profesional o amigo transicional* para describir el tipo de relación de cercanía y disponibilidad que se establece en el acompañamiento.

Los siguientes capítulos van desgranando las características del encuadre y de las intervenciones en la clínica de lo cotidiano con aportaciones muy interesantes y que dan nombre a muchas situaciones que se dan en el trabajo comunitario. Así la ruptura de la dualidad en la relación terapéutica por el encuadre abierto que permite la participación de cualquier persona del entorno familiar o comunitario en el que de modo ambulante transita la pareja acompañado-acompañante. O el papel de la monotonía que puede ser ansiolítica o ansiógena. La violencia necesaria, como tema de debate ético, cuando se ocupa profesionalmente el espacio de una persona que rechaza al acompañante. La pasividad del acompañante como intervención análoga al silencio en la terapia verbal. La función de interdicción ante las dinámicas que conducen a situaciones cronificadas. La función especular, concepto en el que desliza también otro modo de entender la psicosis. Y por último la clínica del absurdo y el sentido del humor como una apertura a nuevas posibilidades en el manejo de la psicosis.

Concluye Dozza, aceptando la contradicción entre un modo de entender la psicosis como acumulación de múltiples déficits y su optimismo en la posibilidad de recuperación y empoderamiento de las personas con psicosis, proponiendo que ahora corresponde dar un paso más y decir que también debe operar (la Clínica de lo Cotidiano) desde la puesta en marcha de proyectos, movimientos, acciones de participación social ciudadana que fomenten la visibilidad en positivo de las personas con psicosis, así como la convivencia entre individuos neuróticos y psicóticos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. RAMOS RÍOS R. “La visita comunitaria”. *Siso Saúde* 2015; 56-57: 313-332
2. CERQUEIRO LANDÍN R, RAMOS RÍOS R, ARMAS BARBAZÁN C, VIZ OTERO M, AREA CARRACEDO R. “La visita médica en el trastorno mental severo”. *Siso Saúde* 2012; 52-53: 17-54
3. DOZZA LM. *Acompañamiento terapéutico y clínica de lo cotidiano*. Buenos Aires: Letra Viva, 2014.
4. DOZZA LM. “Acompañamiento terapéutico de pacientes psicóticos: consideraciones históricas, ideológicas y páticas”. *AREA 3 – Cuadernos de temas grupales e institucionales* 1994; 1: 33-44. Disponible en internet: <http://www.area3.org.es/Uploads/a3-1b-acompañamiento-LDozza.pdf>
5. POSE SANTOS L, DOMÍNGUEZ CABRAL E. “Programa de Acompañamiento Integral: Relato dunha experiencia na comunidade”. *Siso Saúde* 2015; 56-57: 375-383.

PSICOPATOLOGÍA DEL PODER

Un ensayo sobre la perversión y la corrupción

Jorge L. Tizón. Herder Editorial. 2015. 244 págs.

Jessyca Triveño. MIR Psiquiatría

Servicio Psiquiatría Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

Psicopatología del poder aborda la situación psicosocial actual, el fenómeno de la corrupción, las estructuras perversas que buscan perpetuar situaciones con el único objetivo de buscar el propio beneficio. El libro expone la política de las emociones, el uso del miedo para el control social, la burbuja sanitaria y psicosocial, la banalidad del mal, entre otros elementos que confluyen en la actualidad.

El término perversión adopta una orientación conceptual diferente, centrándose en cómo las emociones y las relaciones fundamentales pueden dar lugar a una organización relacional perversa en donde, se acepta que personas que manipulan a los demás, pueden ser considerados “mentalmente normales” y carentes de cualquier trastorno relacional.

La utilización del fraude para conseguir un objetivo y que debería ser criticado por la sociedad, ya que se trata de un aprovechamiento que bordea la ley y que no sigue las normas y los límites que se han establecido, es visto con interés en las sociedades actuales, ya que se interesan en saber cómo conseguir los mismos resultados en lugar de castigar este tipo de conductas, que en algunos casos alcanzan rango delictivo.

La organización relacional perversa consiste entonces, en entrar en la mente o cuerpo del otro para beneficio, placer, equilibrio o poder del intrusor. Implicaría en su desarrollo tanto esfuerzos emocionales y cognitivos importantes con el fin de lograr un autoconvencimiento de que el abuso sobre el otro está justificado, constituyéndose como una visión del mundo y de uno

mismo desde una perspectiva racionalizadora de nuestras necesidades y deseos narcisistas y egocéntricos. Para su extensión es clave el contexto social: los mercados y la transmisión de la información están globalizados, las redes sociales informatizadas han contribuido a esa conciencia de globalización, convirtiéndose en medios de persuasión y manipulación.

Todos tenemos capacidades para influir en quienes nos rodean, teniendo el potencial de desarrollarnos hacia la capacidad relacional perversa, y ante esta situación la solución estaría en plantear controles democráticos para evitar llegar a la corrupción.

La psicopolítica actual nos introduce sistemas de autoconsuelo para no ir en contra de la organización global. La idea, por ejemplo, de que a pesar de que la situación es mala siempre podría estar peor. El miedo está siendo usado de una forma científica, para favorecer la concesión social.

A nivel sanitario, se vende la idea de que todos los sufrimientos humanos tienen respuestas al alcance de la mano, la burbuja sanitaria promete grandes resultados para alcanzar la salud generando la concesión de mayores presupuestos siendo esta falsedad alimentada a través de los medios de comunicación.

Finalmente se propone que la forma de superar la crisis actual pasa por el desarrollo de una cultura de la gratitud y de la reparación, elementos que intentan negar o evitar la organización perversa. La ideología de la reparación consistente en admitir que hemos cometido errores que dañaron y dañan a los demás y a partir de allí buscar situaciones sociales dirigidas a restaurar el objeto amado y dañado.

Psicopatología del poder, expone la realidad de la sociedad de nuestros días con un lenguaje fluido y de fácil entendimiento para el lector. Es una herramienta que nos proporciona un enfoque conceptual diferente de la crisis económica actual, realizando un análisis de los motivos reales generadores de dicha crisis desde un enfoque psicosocial, advirtiéndonos de la gran influencia y responsabilidad de aquellos grupos minoritarios cuyos intereses están promovidos por la satisfacción del propio beneficio y a lo que todos contribuimos con nuestra actitud conformista de auto consuelo, basada en

el miedo, como herramienta para perpetuar una situación favorecedora de aquellos que son responsables directos. Nos expone ante nuestra incapacidad de adquirir una posición más activa y radical de enfrentamiento de esta situación debido a que nuestra sociedad actual está basada en la perversión de la organización relacional tan arraigada en la mente de todos y de la que, al parecer, no somos conscientes plenamente.

Las voces de la locura

José María Álvarez, Fernando Colina.
Xoroi ediciones, Barcelona, 2016, 220 págs.

SAPERE AUDE

Carlos Rey. Psicólogo clínico-psicoanalista. Barcelona

Alienistas del Pisuerga, psicopatólogos como la copa de un pino y referentes de la Otra Psiquiatría, Fernando Colina y José María Álvarez han escrito al alimón *Las voces de la locura*, editado por *Xoroi Edicions*¹. Treinta años después de mutua colaboración, estos estudiosos de la condición humana y su psicopatología nos aportan sus reflexiones acerca de las relaciones del lenguaje y la locura desde la perspectiva histórica. Analizando la historia de la subjetividad los autores llegan a la conclusión provisional de que las voces, las alucinaciones verbales o el polo esquizofrénico de las psicosis es un síntoma de la Edad Moderna. Como dicen los propios autores «la hipótesis es bastante osada e indemostrable», «una hermosa especulación», «con cierta osadía» y «con propuestas quizás atrevidas». Vaya por delante pues, que los autores se sitúan en las antípodas de considerar la esquizofrenia como una enfermedad de la naturaleza, así como de la clínica jerárquicamente prescriptiva, de la ingeniería conductista y de la dichosa psicoeducación. Y, por lo tanto, más allá de la *invidencia* científica que el hegemónico modelo biomédico ha elevado a la categoría de pensamiento único y único saber posible y/o permitido. Pero vayamos por partes.

UNO

Como si de un programa de mano se tratara, los autores nos empiezan hablando de *El automatismo mental. Del lenguaje como sustancia del alma*. Y lo hacen marcando los referentes clínicos intemporales de la psicopatología: la histeria, la melancolía y la paranoia, o lo que es lo mismo, los ingredientes básicos de nuestra condición humana: el deseo, la tristeza y la interpre-

tación. A esta terna le añaden un cuarto elemento: el automatismo mental, a fin y efecto de dar cuenta de la relación del sujeto con el lenguaje. «Pero a diferencia de la histeria, la melancolía y la paranoia, el automatismo mental casi no tiene historia, por lo que suponemos que informa de algún tipo de cambio en la subjetividad».

Los autores rescatan las aportaciones de Ségla, Baillarger y, sobre todo de Clérambault, para preguntarse «si los trastornos del lenguaje son una manifestación de la psicosis o la psicosis es un efecto del desorden de la relación del sujeto con el lenguaje». Ante esta cuestión, los autores consideran que el concepto *xenopatía* –cualidad de experimentar el propio pensamiento o los propios sentimientos como ajenos o impuestos– tiene más recorrido que disgregación, escisión, disociación, discordancia o esquizofrenia, ya que les permite llegar a la xenopatía del lenguaje, para entender mejor la experiencia del sujeto «hablado, fragmentado, interino de sí mismo». Siendo las voces –o el polo xenopático de las psicosis– coetáneas de la aparición de la *omnis scientia* y el acabose de un Dios omnisciente, omnipresente y omnipotente, en tanto que la subjetividad humana «se abrió a nuevos tipos de experiencias respecto a las relaciones con el mundo, los otros y consigo mismo». Por todo ello «podríamos concebir la esquizofrenia como un síntoma de la ciencia, en la medida en que señala los límites infranqueables relativos a lo que la propia ciencia ignora de sí misma».

Finalmente, los autores consideran que el automatismo mental articula la clínica clásica con el psicoanálisis. Si con Freud «la división subjetiva se da como hecho constitutivo y el lenguaje la quintaesencia del ser», a partir de la clínica borromea de Lacan podría pensarse la xenopatía como «una experiencia común a todos los hombres, a partir de la cual surgiría la nueva pregunta de por qué no estamos todos locos o por qué no todos experimentamos el lenguaje como un ente autónomo que nos usa para hablar en nosotros y a través de nosotros». Esto sí que supone una vuelta de tuerca, aunque según la dirección de la vuelta, aprieta o afloja la clínica estructural neurosis *versus* psicosis. Si la afloja daría cabida a una «clínica continuista, en la cual la psicosis sería una experiencia originaria común de la que los neuróticos lograrían zafarse con éxito mediante el empleo eficaz de ciertos mecanismos defensivos».

Dos

En *Las voces y su historia: sobre el nacimiento de la esquizofrenia*, los autores desarrollan la idea de que la aparición de las voces debe atribuirse a un nuevo desgarrón atribuible a la Edad Moderna. En paralelo a que la ciencia generara un cambio de mentalidad, los espíritus —ángeles y demonios— dejaron de intermediar entre Dios y los humanos. En esta nueva realidad «se ha ido entreabriendo un hueco que las palabras ya no aciertan a delimitar. La *cosa en sí* kantiana, la *voluntad* de Schopenhauer, la *oscuridad* de Schelling, la *pulsión* de Freud o lo *real* de Lacan dan testimonio de esa experiencia radicalmente moderna que conduce al hombre hasta los límites del lenguaje, allí donde la representación no alcanza a revestir el territorio existente». Dicho de otra manera: «La desaparición de los espíritus en nuestro imaginario nos confronta más directamente con los abismos que bordean la pulsión, es decir, con la omnipotencia de lo divino y el núcleo mudo de la realidad. Huérfanos de ángeles y diablos, las palabra del hombre moderno tienen que dar cuenta por sí solas de una divinidad sin Dios y de una realidad sin representación cada vez más descarnada». Por lo dicho, se puede deducir que «la esquizofrenia no puede ser anterior a este tiempo histórico, cuando la subjetividad descubre una incapacidad nueva y radical en el dominio del lenguaje». Siendo las voces respuestas «ante la presencia de ese real que ha surgido ininteligible, peligroso y amenazador».

Desde la perspectiva que aporta la historia, los autores nos llevan de la figura del visionario de Esquirol a la figura del ventrílocuo de su alumno Baillarger, para proponernos la nueva figura del xenópata que rescatan, principalmente, de Ségla y Clérambault. «La voz esquizofrénica representa la presencia ausente del otro que ocupa la escisión como un cuerpo extraño y a la vez impuesto». Un paso más. En *Origen histórico de la esquizofrenia e historia de la subjetividad*, los autores escriben: «Las condiciones para afirmar que la esquizofrenia no es una enfermedad natural sino cultural e histórica, propia de la época moderna, no son comprensibles sin plantearnos una historia de la subjetividad». Esa historia nos dice que el representante psíquico de la identidad antes fue conceptualizado como el alma, espíritu, conciencia, yo, y actualmente como sujeto. Sujeto definido por los autores como el que «escucha, obedece y corrige tanto al otro exterior con el que

hablamos, como al otro interior que habla y desea en y por nosotros. De manera que el sujeto camina siempre desdoblado en estas dos direcciones». Sujeto también en tanto sujetado a su inconsciente y a los discursos que genera cada época de la historia. «Por eso la locura no puede ser reducida a un hecho natural sino que constituye un acontecimiento histórico, si no el más grave quizá el más genuino de todos los que nos afectan».

Sobre lo dicho por Foucault, como primer historiador de la subjetividad, los autores quieren distinguir «entre lo estrictamente histórico y lo simplemente cultural». Las modificaciones culturales serían «los cambios en la presentación de los síntomas, la evolución de su tratamiento o la influencia que la recepción social ejerce sobre su apariencia». Sin embargo lo histórico es aquello que genera una radical transformación en la subjetividad humana, cuyo ejemplo que nos ocupa es la esquizofrenia como perturbación moderna. Por eso es pertinente, también, hablar de un sujeto histórico, porque no es la naturaleza sino la historia y sus discursos los que establecen «los perímetros de la identidad y la dimensión de los desgarramientos del sujeto que van sucediendo en cada época».

TRES

En *Sustancia y fronteras de la enfermedad mental*, los autores empiezan recordándonos los paradigmas o grandes modelos que han intentado dar cuenta de la sustancia y las fronteras de la locura, que serían cinco: la alienación, la enfermedad mental, la estructura clínica, el síndrome y la dimensión o el espectro.

Si la psicopatología trata de la sustancia y las fronteras del *pathos*, los autores nos dicen que actualmente hay dos corrientes, una la lidera el psicoanálisis y su psicología patológica, y la otra la lidera la psiquiatría biológica y su patología de lo psíquico. Ésta última –hegemónica en la academia y clínica oficiales porque es una disciplina de poder y no una ciencia médica– cada vez habla más de trastornos mentales, aunque siga pensándolos y tratándolos como enfermedades mentales o hechos de la naturaleza, y cada vez menos de su sustancia o esencia. Así, por ejemplo, el DSM cada vez es más ateorico y su taxonomía se ha llevado a cabo sin considerar necesario

definir qué es enfermedad o qué diantres es eso de la salud mental. En paralelo, la corriente de la psicología patológica «destaca el análisis de las experiencias singulares del trastornado y privilegia el determinismo del inconsciente de los síntomas, su sentido y su causalidad psíquica, los mecanismos patogénicos específicos y la particular conformación clínica que el sujeto imprime en su malestar». Es decir: su responsabilidad y decisión subjetivas, «tanto en la causa, el desarrollo y la curación de su trastorno».

Respecto a la sustancia o esencia de la locura las opciones se reducen a quienes la consideran como un hecho de la naturaleza o una construcción discursiva.

Los límites y fronteras tienen que ver con cómo pensamos lo uno y lo múltiple o lo continuo y lo discontinuo. En definitiva, entre los que establecen o no fronteras entre la cordura y la locura. Si partimos de la base que el sujeto y su locura escapan a la reducción científica, se entiende que los autores afirmen que la «esquizofrenia es tan inexplicable como el genocidio nazi», ya que «ambos representan los límites perplejos de la causalidad y nos obligan a pensar concienzudamente las fronteras».

Los autores nos refieren que resulta llamativo comprobar que quienes tienen diferencias sobre la sustancia o esencia de la locura no las tienen tanto respecto de sus fronteras o discontinuidad. Kraepelin y Freud serían un ejemplo. El psiquiatra Ernst Kretschmer y la psicoanalista Melanie Klein serían otro ejemplo, pues aunque partiendo de tradiciones y argumentaciones diferentes, el primero apuesta por un *continuum* psicopatológico y para la segunda, «pionera en concebir una forma de psicosis generalizada y originaria, (...) no habría estructuras psicopatológicas estables, sino *posiciones* por las que las personas transitan con relativa facilidad».

Para nuestros autores, tanto la visión discontinua como la continuista del *pathos* tiene sus ventajas y sus limitaciones. A la primera le sobran los casos inclasificables y «a la psicopatología continuista le faltan distinciones cualitativas y adolece de casos típicos». Dentro de la psicopatología psicoanalítica o estructural, por ejemplo, algunos autores han intentado resolver el problema creando categorías intermedias como los casos límites y las patologías narcisistas. En la primera clínica lacaniana se optó por ampliar el

perímetro de las neurosis –locura histérica– y a partir del nudo borromeo el perímetro de las psicosis se ensanchó a fin de incluir en ella formas discretas y normalizadas de locura. «Con esta nueva opción, la rígida perspectiva estructural, partidaria de la discontinuidad, se vuelve más elástica y propende a lo dimensional».

Pareciera ser que, sobre los límites o fronteras entre la normalidad y la locura, actualmente asistimos a un cierto galimatías, ya que tanto el modelo biomédico como el de las estructuras clínicas están configurando el nuevo paradigma de las dimensiones sintomáticas, ejes o espectros: agrupaciones sindrómicas con marcadores comunes; aunque cada uno lo hace en función de sus resistencias a desprenderse de los paradigmas anteriores. Sea como fuere la cuestión es que para nuestros autores «tanto trasiego indica la conatural dificultad de nuestro objeto de estudio» y, por lo tanto, como no podemos dar por acabada la reflexión sobre el *pathos*, es imprescindible no enrocarse en posturas maximalistas. La propuesta de los autores pasa por una clínica que articule lo discontinuo en lo continuo y las relaciones entre lo uno y lo múltiple. Es decir: «lo que de normal tiene el loco y lo que de loco tiene el cuerdo». Para esta dialéctica ven necesario redefinir el modelo dimensional, ya que, de nuevo, hay dos modos de entender las dimensiones: «la dimensión de orden positivista se opone a la dimensión hermenéutica, de la misma forma que, como hemos señalado, la psiquiatría naciente dividió a los psiquiatras en somáticos y psíquicos ya en el alba de su legitimación».

La dimensión biomédica «solo reconoce la dimensión psicótica de la persona, a la que aborda como una única enfermedad, y el resto no lo conoce simplemente lo numera y diferencia superficialmente, pues no quiere atender a la subjetividad del enfermo. (...) No interesa conocer en profundidad cada caso sino recoger los datos imprescindibles, según un protocolo prefijado, para alojar o no al paciente en la dimensión común que le identifica». Con un espectro tan difuso la intencionalidad ideológica es clara: ampliar el perímetro de la prescripción farmacológica, es decir, el de la población a medicalizar, ya sean adultos, principalmente mujeres, jóvenes, adolescentes o niños.

La propuesta de nuestros autores «es hacer de la dimensión un eje que recorra todo el espectro humano que va desde las alteraciones mentales más

profundas a la más inocua normalidad, desde su condición más cuerda hasta sus expresiones más enloquecidas. (...) En este sentido, cabe estudiar toda la psicopatología siguiendo dos ejes que responden a la dimensión paranoica y melancólica de la vida. De un lado, la melancolía representada por el deseo y la tristeza, la soledad y la culpa, discurre desde la tristeza ordinaria a la depresión más intensa y psicótica. Y del mismo modo, el eje de la paranoia aúna la desconfianza y los excesos de la interpretación, trazando después la distinción que separa a quien tiene su grano normal de sospecha, del paranoico más receloso y de la propia esquizofrenia, entendida ésta como la forma más aguda y extrema de paranoia».

CUATRO

En *El sujeto de la melancolía*, los autores nos dicen que coinciden con Louis de Jaucourt en que «la melancolía es el sentimiento habitual de nuestra imperfección», pues a pesar de que el ser humano se ve en el espejo a imagen y semejanza de su omnipotencia, la realidad le muestra una condición humana donde anida su precariedad, vulnerabilidad y caducidad. Ante esta incomplitud, en el mejor de los casos la falta nos estimula el deseo y en el peor se «sufre un desgarrar que no cicatriza mediante identificaciones simbólicas, sino que deja una herida por donde sangra la libido hasta provocar la anemia del deseo».

Una vez más, como en todos sus dichos y escritos, F. Colina y J.M. Álvarez reivindican la melancolía que el cientificismo psiquiátrico-psicológico lleva tiempo negando que es la herida esencial de la condición humana, y queriéndola ocultar cambiándole de nombre para acabar tratándola como enfermedad mental. «Resulta chocante que durante más de dos mil años la depresión fuera únicamente uno de los signos de la melancolía y, por arte de birlibirloque, en poco más de una centuria, la depresión absorbiera la melancolía y la devaluara hasta hacer de ella una forma clínica un tanto excepcional y ambigua». Y eso sin tener en cuenta que «gran parte de las depresiones actuales son de origen neurótico y más concretamente histérico».

Como llamativo resulta que la psicopatología psiquiátrica haya fundido la relación existente entre la melancolía y la manía en una sola enfermedad,

que en la nosología de Kraepelin figura como locura maniaco-depresiva. Hijo de esta artificial y arbitraria clasificación, «el actual trastorno bipolar constituye la degeneración de este proceso». Para los autores de este libro, el parentesco de la melancolía se da con la paranoia, pues son las locuras parciales por excelencia, mientras que la manía es un delirio general.

Del estudio de la psicopatología clásica, los autores concluyen diciendo que «el melancólico se nos presenta como un paranoico de sí mismo». Luego, «no se trata de dos enfermedades, sino de maniobras que el sujeto loco emprende con vista a estabilizarse. Porque de haber un suplicio, ése es la melancolía» y la paranoia su polo habitual de reequilibrio.

«Por otra parte, –escriben los autores– el estado maníaco que testimonia el otro polo de Saturno puede entenderse precisamente como una defensa psicológica contra las deudas que quedan negadas bajo la hiperactividad, las compras masivas, la falta de atención y la fuga de ideas. De ese estado, como de su opuesto más triste, le puede rescatar una oportuna idea paranoide que extraiga la culpa de su interior y se la atribuya a los demás».

Y de Freud, los autores destacan que a la inhibición psíquica y al dolor del alma «añade un elemento esencial: la pérdida de la capacidad de amar», pues fue el que mejor entendió «la melancolía como un duelo por la pérdida de la libido», y que las *quejas* del melancólico en realidad son *acusaciones* a ese objeto perdido con el que se ha identificado... mortalmente.

Los autores entienden la melancolía como «una condición universal de la subjetividad y también una condensación morbosa de la tristeza». Dos extremos del eje melancólico, que junto al eje de la paranoia, recorren todo el espectro humano, incluida su psicopatología.

CINCO

Finalmente, decir que este libro contiene dos títulos firmados por cada uno de los autores, y donde se puede disfrutar de los estilos narrativos de cada uno. J.M. Álvarez firma *El hombre hablado. A propósito del automatismo mental y la subjetividad moderna*. En este trabajo nos habla de forma pormenorizada de la xenopatía y el automatismo mental generalizado. A su manera de ver:

rigurosa y estudiosa, «las experiencias de la locura hablada y las descripciones de los psicopatólogos –en especial Baillarger, Séglas y Clérambault– se articulan con los descubrimientos de Freud, los retratos de Joyce y las reflexiones de Heidegger. Junto a la lingüística moderna, todos esos hilos, a los que más adelante añadiré el surrealismo, forman una trenza en la obra de Lacan, el más preclaro de los comentaristas modernos de la locura. Conforme a sus planteamientos, el sujeto se nos muestra como un efecto del lenguaje, trauma por excelencia de la condición humana, cuya expresión más fidedigna y habitual no es otra que el automatismo mental».

Y F. Colina firma *Entre voces*, y allí se dice: «La ternura es el antídoto más potente contra la voz. Si hubiera llegado a tiempo se mostraría más eficaz que el haloperidol. Pero la ternura padece en la esquizofrenia un retraso irreparable. Definida como la semilla de una sonrisa que da el fruto de una lágrima, su ausencia le impide al psicótico enlazar el cuerpo y el alma en una unión que disuelva la oposición de los contrarios, y suelde la división del sujeto para toda la vida. Por el fracaso de los besos y las caricias, el psicótico se ve abocado a oír en su cabeza murmullos, frases e inquinas. (...) Bastó para que Saussure diferenciara entre el significante y significado, para que tuviéramos más claro el sustrato lingüístico de las voces. (...) Las voces de los esquizofrénicos no son otra cosa que la consecuencia de que el sujeto se dé de bruces con el universo imposible de simbolizar, con lo Real».

NORMAS DE PUBLICACIÓN

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

SISO/SAÚDE considerará para su publicación trabajos en castellano y/o gallego relacionados directamente con la Psiquiatría, la Psicología Clínica y los de disciplinas afines que sean relevantes para aquella, no aceptándose manuscritos que ya hayan sido publicados o presentados para publicación en otra revista. Las normas siguen las recomendaciones generales del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas.

TIPOS DE ARTÍCULO

1. Editorial. Artículo breve, generalmente encargado por el Consejo Editorial, en el que la Revista toma una posición (informa, comenta, critica o discrepa) acerca de un tema científico de actualidad. Las editoriales irán firmadas por su autor, pero se entiende que el Consejo Editorial está de acuerdo con su publicación.

2. Originales. Trabajos de investigación que han de cumplir dos requisitos básicos (además de los usuales de formato, redacción, orden y presentación de datos, etc.): aportar algo nuevo a un aspecto concreto del conocimiento psicopatológico o psiquiátrico y ser dicha aportación de suficiente relevancia. Su extensión no será superior a las 5.000 palabras incluyendo resumen, tablas, gráficos y bibliografía y, como regla general, se recomienda que el número de firmantes no sea superior a seis.

3. Revisiones. Artículos que abordan en profundidad la puesta al día crítica de un tema monográfico, redactado por un especialista en el mismo. Las revisiones se hacen a veces por encargo. Su extensión no deberá superar las 7.500 palabras.

4. Artículos especiales. Sección «A propósito de...», «A Velas vir», «Os eventos...». Trabajos de interés sobre temas psiquiátricos o de disciplinas

afines que por sus características no encajan como originales ni como revisiones. Salvo casos excepcionales se realizarán también por encargo a la Revista y podrán organizarse como «Series» que serán oportunamente presentadas.

5. *Casos clínicos/Comunicaciones breves.* Presentaciones concisas, de extensión total no superior a 1.500 palabras, que anticipan resultados de una investigación en curso o plantean casos clínicos de interés.

6. *Cartas al Director.* Sección en la que se recogen observaciones, respuestas y críticas a trabajos publicados, observaciones metodológicas, casos clínicos atípicos, observaciones clínicas o terapéuticas, efectos adversos de tratamientos no referidos o excepcionales, etc. Su extensión total no superará las 500 palabras.

7. *Crítica de libros.* Los libros para reseña serán remitidos al Redactor jefe de la Revista, quien solicitará su revisión a algún miembro del Comité de Expertos o a quien considere oportuno. Todos los trabajos serán revisados de manera anónima por dos miembros del Comité de Expertos de la Revista (lectores anónimos) que informarán al Comité de Publicaciones sobre la conveniencia o no de su publicación, de acuerdo con los criterios establecidos por éste para cada sección. El Comité de Publicaciones se reserva el derecho de publicar o no un original, así como el momento de hacerlo; también se reserva el derecho a realizar las modificaciones de estilo que estime pertinentes en los trabajos aceptados para publicación; que quedarán como propiedad permanente de SISO/SAÚDE y no podrán ser reproducidos en parte o totalmente sin permiso escrito de la misma.

En los trabajos realizados con pacientes los autores tomarán las medidas necesarias para preservar su anonimato e intimidad. Si se trata de trabajos experimentales es necesario incluir de manera explícita que se ha obtenido el consentimiento informado de los sujetos o sus tutores legales tras la explicación de los procedimientos que se van a utilizar.

REQUISITOS DE LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos constarán de las siguientes partes, cada una de las cuales se iniciará en una página independiente:

1. Primera página, que incluirá por orden los siguientes datos: títulos del artículo (en español e inglés); nombre y apellido(s) de los autores, indicando el centro de trabajo; dirección para correspondencia, y cualquier otra indicación adicional que se estime necesaria. La Revista considera que el autor de un trabajo es quien haya tenido una participación relevante en el diseño, realización del trabajo, redacción y aprobación final del mismo. Los restantes participantes se harán constar, previo acuerdo por escrito de los interesados, en el apartado de Agradecimientos.
2. Resumen, de extensión no inferior a 150 palabras ni superior a 250. En los trabajos originales se recomienda presentarlo en forma estructurada (Fundamento, Métodos, Resultados y Conclusiones). Irá seguido de 3 a 10 palabras clave para la indexación en los repertorios bibliográficos. Tanto el resumen como las palabras clave se presentarán en castellano e inglés.
3. Texto, que conviene que vaya dividido claramente en apartados según el siguiente esquema: Originales; Introducción; Observación clínica (o Métodos y Resultados), y Discusión.
4. Agradecimientos. En los casos en que se estime necesario se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.
5. Referencias bibliográficas. Se ordenarán y numerarán de forma correlativa según su primera aparición en el texto, debiendo aparecer el número de la cita entre paréntesis o en carácter volado. Podrá ir acompañado del nombre del autor o autores si son uno o dos, debiendo mencionarse el primero seguido de la expresión *et al*, si son más. La exactitud de las referencias es responsabilidad de los autores, que deben contrastarlas en los documentos originales y especificar claramente las páginas inicial y final de la cita. No se aceptarán como referencias las

observaciones no publicadas aunque se pueden incluir en el texto señalando que se trata de una «comunicación personal». Los artículos aceptados para publicación podrán citarse colocando la expresión “en prensa” tras el nombre de la publicación. Los nombres de las publicaciones se abreviarán según el estilo empleado en el Index Medicus; en caso de tratarse de una publicación no incluida en dicho repertorio se pondrá su nombre completo. Se hará constar el nombre de todos los autores y se seguirá el estilo de los siguientes ejemplos:

Ejemplo 1: Artículo de revista

Sacristán JM, Germain J. Rodríguez Arias B. Psiquiatría práctica e higiene mental. Archivos de Neurobiología 1930; 10(4); 325-415. (La indicación del n° entre paréntesis es opcional en aquellas revistas que lleven paginación correlativa a lo largo de todo el volumen; en caso de ser varios autores se indicarán todos ellos hasta un número de seis y si se supera este número se añadirá et al., poniendo el (los) apellido(s) seguido de la(s) inicial(es) sin otro signo de puntuación que una coma separando cada autor y un punto al final, antes de pasar al título.

Ejemplo 2: libro

MIRA Y LÓPEZ E. *Manual de Psiquiatría*. Barcelona: Salvat, 1935

Ejemplo 3: Capítulo de libro

Valenciano L. La tesis de la psicosis única en la actualidad. En: Llopis B. *Introducción dialéctica a la psicopatología*. Madrid: Morata, 1970; 113-59.

6. Tablas y gráficas. Se presentarán en hojas aparte, numeradas consecutivamente según su orden de referencia en el texto en cifras arábigas (Tabla x; figura x) con el título y una explicación al pie de cualquier abreviatura que se utilice. Se incluirá una sola tabla o gráfica por hoja.

7. Imágenes. Todas las imágenes (incluidos los pantallazos) que acompañen al artículo deberán tener una calidad mínima de 300 píxeles/pulgada.

Los manuscritos irán acompañados de una carta de presentación en la que se incluirá la dirección, teléfono y mail de contacto para los temas relativos a la publicación. En la misma se expondrá también la existencia de intereses en la financiación del trabajo (patrocinio por entidades públicas o privadas, laboratorios, etc), quedando a criterio del Comité de Publicaciones la decisión sobre la conveniencia de su publicación. No se devuelven originales ni se mantiene correspondencia sobre los trabajos no aceptados por el Comité de Publicaciones. Para una información más detallada, consulten “Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas”. Med. Clin (Barc) 1991: 181-6 o Puerta López-Cózar JL., Mauri Más A. *Manual para la redacción, traducción y publicación de textos médicos*. Barcelona: Masson, 1995: 1-15.

El comité de redacción de la revista no se hace responsable de los puntos de vista y afirmaciones expresadas por los autores en sus artículos.

Envío trabajos:

Chús Gómez
Unidades Hospitalarias Rehabilitación Psiquiátrica
Hospital de Piñor
Estrada de Piñor, s/n
32930 Barbadás OURENSE
chusagomez2009@gmail.com