

66

67

SISO • SAÚDE

Boletín da Asociación Galega de Saúde Mental

INVIERNO
2020



AI\$ER
ROK€
VDS.RS

GEWISS
[CE]

• EDITORIAL • ORIGINALES Y REVISIONES • A PROPÓSITO DE... • CASOS CLÍNICOS •
EVENTOS... • PUBLICIDAD PSICOFÁRMACOS • LIBROS • NORMAS DE PUBLICACIÓN



A.G.&C

SISO SAÚDE

Nº 66-67 · Inverno 2020

BOLETÍN DA ASOCIACIÓN GALEGA
DE SAÚDE MENTAL - AEN

siso@agsm-aen.org
secretaria@agsm-aen.org

www.agsm-aen.org
www.facebook.com/agsm.aen/

COMITÉ ASESOR EXTERNO

JAVIER PETEIRO
Doctor en Medicina.
Jefe de Sección de Bioquímica
CHUAC

ANNA MIÑARRO
Psicóloga clínica- psicoanalista.
Talaiar Salut. BCN

KEPA MATILLA
Psicoanalista, doctor en psicología,
psicólogo clínico en Hospital Río
Hortega de Valladolid

IRIA PRIETO
Psiquiatra
Equipo Asertivo Comunitario de
Camden-Londres

RAMÓN ESTEBAN
Psiquiatra
Valladolid

PRESIDENTE: Ramón Area Carracedo

VICEPRESIDENTA: Irene Martínez Montero

SECRETARIA: Carmen Armas Barbazán

TESOUREIRO: Raimundo Mateos Álvarez

VOGAIS:

José Antón Casais Lestón
Mª Alcira Cibeira Vázquez
Chus Gómez Rodríguez
Federico Menéndez Osorio
Ramón Ramos Ríos
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:

Fernando Márquez Gallego

RESPONSABLE DE INVESTIGACIÓN:

Raimundo Mateos Álvarez

IMAXE DE PORTADA:

Ourense
Autoría: Chus Gómez

PRODUCCIÓN EDITORIAL:

Edicións Positivas
Dep. legal: V.G. 109/84
ISSN: 1130-1538

SUMARIO

EDITORIAL

- 9 *Editorial*
Ramón Area Carracedo

ORIGINALES Y REVISIONES

- 15 *Relecturas de la personalidad y sus falacias psicopatológicas*
Federico Menéndez Osorio
- 45 *La esencia de la perversión*
Manuel Fernández Blanco
- 55 *Inmigrantes y salud mental*
Ramón Ramos Ríos
- 69 *La disociación y los efectos del lenguaje*
Federico Menéndez Osorio
- 77 *Malestar relacionado con la covid-19 y adolescencia*
Carmen Armas Barbazán
Marta Ladra González
- 85 *Notas sobre transexualismo y transgénero*
Manuel Fernández Blanco
- 95 *Terapia con insulina en psiquiatría: historia y “stories”*
Sandra Rodríguez Ramos
David Simón Lorda
Raquel Fraga Martínez

A PROPÓSITO DE...

- 113 *¿No deberíamos haber “caído” ya?*
 Paula Marcos Carregal
- 117 *Nota sobre la dimensión política del cuerpo*
 Gustavo Dessal
- Psicoanálisis virtual*
- 123 Emilio Vaschetto
- “Balada de Portugal”, de Julio Llamazares*
- 129 Fernando M. Adúriz

CASOS CLÍNICOS

- 135 *Caso Rey de Galicia*
Uso de Aripiprazol inyectable de liberación prolongada como pauta de
inicio, en forma de 2 viales, en paciente con esquizofrenia
 Armesto Iglesias, S.
 Varela Sampayo, A.
 Docasar, L.

PUBLICIDAD PSICOFÁRMACOS

- 139 *Publicidad y marketing de los psicofármacos en revistas médicas*
en la España del tardofranquismo (1959-1975)
 David Simón Lorda
 Sandra Rodríguez Ramos
 Raquel Fraga Martínez

LIBROS

- 159 *La madre de Frankenstein*
ALMUDENA GRANDES
Adrián Gramary
- 165 *El caso Mike*
GUSTAVO DESSAL
Javier Peteiro
- 169 *El nudo materno*
JANE LAZARRE
Isabel Figueroa Matallín
- 171 *Otra sociedad para la locura*
Estudio sobre los lazos sociales en la psicosis
CAROLINA ALCUAZ
Chus Gómez
- 175 *Camiño negro*
RAMÓN AREA
Xosé Manuel García
- 179 *De la sexualidad diversa a la terapia (in)necesaria*
IÑAKI MARTÍNEZ

EVENTOS

- 181 *Ansiedad que no cesa, aislamiento, confinamiento*
Conferencia organizada por SCF
Ateneo de Palencia y La Otra Psiquiatría
19 de marzo de 2021
FM Aduriz
- 193 *Ataduras silenciosas*
Conferencia organizada por la Sección de Ciencias de la Salud del Ateneo de
Jerez de la frontera, dentro del ciclo Mujeres, Salud y PANdemia
15 de abril de 2021
Ángela González

- 203 *A propósito de la pandemia de la covid-19:
pensando en la mujer y en la salud mental desde el contexto
Conferencia en el Ateneo de Granada
14 de enero de 2021
Begoña Olabarria*
- 223 *Olor a café... un paseo polo hospital de Piñor
Zoraida González Cornide*
- 247 *Girls Rock School Edinburgh: más aló da música
Patricia María Tamara Rego Ribeiro*
- 251 *Salud mental infanto-juvenil. De aquellos barroos estos lodos
Ricardo Fandiño Pascual*

255

OBITUARIO

Nicolás Caparrós

261

NORMAS DE PUBLICACIÓN

Hai xa máis dun ano que a covid se converteu no referente vital e discursivo da humanidade. Ao primeiro, como morte e enfermidade, nun cataclismo que cambaleou a estrutura económica, pero tamén infiltrou a esencia do *habitus* que regula a vinculación humana. A epidemia erosionou algunhas categorías que erguían o mundo tal e como o coñeciamos.

A pandemia escindiu a civilización nun antes e un despois. Non unicamente polas vidas en perigo ou a fin dun estilo no vivir, onde mercadorías, avións, trens, turistas ou familias, arelaban o movemento infinito. Houbo unha mutación nas normas que regulan o contacto entre os seres humanos. Os abrazos, os bicos, as palabras, a pel, os achegados e os descoñecidos, as casas e os bares, os sorrisos e as máscaras, as prazas e as praias, os mercados e as cociñas. Erguéronse con urxencia costumes obrigatorios que impuxeron os xeitos lícitos de relación entre os corpos.

Os meses foron distintos. Pouco importaba cantos días contiñan, se eran semanas pertencentes ao verán ou ao inverno, se estabamos na xornada laboral ou na fin de semana. A temporalidade foi unha curva que podía subir ou descender, formada por unidades distintas ás horas, os segundos ou os minutos. Os reloxos amosáronse como aparellos inútiles para medir o devir das existencias. No seu lugar, os seres humanos ficaron noutro transcorrer, ese que falaba da primeira vaga, segunda onda ou cuarto gromo.

Tamén se transformaron as xeografías até facer inútil calquera lugar de saída ou de chegada, as parada intermedias, os hostais, as pontes, os bosques e os mares. O virus muta en cepas que se nomean con cartografía antiga malia o estoupido sen remedio das fronteiras: cepa inglesa, brasileira, sud-africana, india... Porén, habitamos un territorio secuestrado, conformado

por lugares onde erguer un peche ou prohibir o tránsito, espazos necesarios dun control dos contaxios e recintos onde realizar tests diagnósticos ou vacinacións masivas.

A existencia converteuse nun namentres, un esperar que todo mellore. A linguaxe encheuse dun vocabulario epidémico que outorgou á humanidade esoutra clase de pausa que agarda pola retirada da escaiola. E así, por fin regresar a un pasado que é o mellor dos futuros posibles: *oxalá todo volva a ser coma antes*.

Aos poucos e após ese silencio ao que sempre obriga a presenza repentina da morte, ergueuse un discurso colectivo. Os políticos e a súa metáfora da guerra, os sanitarios dando conta do horror, os cidadáns co seu *resistiré* e unha chamada á cohesión grupal, a ciencia coa promesa dun tratamento e unha vacina, os negacionistas proclamando unha epidemia liberal.

A estrutura do sistema foi aguantando, malia as humidades e as goteiras. Con carácter xeral, a medicina fixo o que puido para coidar os corpos e, a pesar da distancia á que obriga o infeccioso, tamén as almas. As persoas aturaron o confinamento domiciliario, os alumnos seguiron a estudar, a xuventude postergou soños, os andeis das tendas non se baleiraron e as pantallas serviron para un falar a medias entre os uns e os outros.

Así a todo, existiu unha paisaxe da desolación: rúas baleiras, mortes en soledade, colapso nas ucis, asilos onde se descoseu modelo de coidados aos anciáns, convivencias imposibles, incertezas, angustias e desesperanzas.

Sucedéronse os meses, os gromos, os cambios de normas e os comités de expertos. As palabras continuaron anegadas polo virus e os significantes propios da medicina pública. Con anterioridade, as sociedades europeas caracterizábanse por un individualismo na doenza acubillado por un sistema asistencial público.

A epidemia chantou nas miradas occidentais unha ética do enfermar, onde o sufrimento individual non se pode entender sen o comportamento colectivo. A aparición do Outro foi tamén un estoupido que se artellou ao través das distintas posibilidades: o apoio, o egoísmo, o perseguidor, a solidariedade, o coidado, a tenrura, o altruísmo ou a policía de balcón.

O paradigma médico adoita establecer o concepto de risco como fronteira e aduana entre a enfermidade como feito individual e a enfermidade como feito colectivo. Ao longo da historia, a identificación de grupos de risco non soamente serviu para identificar vulnerabilidade e establecer os cuidados necesarios, senón que, no imaxinario social, tamén se empregou acotío para a segregación (por exemplo, na sida) ou para ancorar esa necesidade da diferenza que os presuntamente empregan para afastarse das ameazas propias do enfermar (por exemplo, na loucura).

Ao través desta fisura relacionada co risco adoitan aparecer elementos relacionados co poder. No discurso público que continuou á etapa do desconcerto inicial, agromou unha dobrez de seu. Nas discrepancias e nas reaccións ás discrepancias, ás veces simplemente emerxeu, máis ou menos disimulado, o pulo propio do narcisismo. Así, durante estes meses, asistimos en demasiadas ocasións á retransmisión dunha epidemia de instinto de morte no medio dunha pandemia infecciosa.

Talvez dende unha perspectiva social, cabería falar dunha defensa fronte á visión descarnada dunha estrutura que quedou á vista na súa precariedade.

Á saúde mental tamén se lle viron as costuras. Ao primeiro, como silencio absoluto ao respecto do lle é propio, tanto dende os usuarios como dos profesionais. Cesou o ruído da demanda neurótica e a disidencia psicótica, malia as predicións dun estoupido de loucura sen precedentes, mantívose onde sempre, quizais máis acalmada e pacificada. Esta ausencia de sons interpretouse, as máis das veces, como ausencia do sufrimento. Porén, unha ollada ao social, chegaría para dar conta do contrario e testemuñar o abandono habitual, desta volta no medio do deserto e o baleiro dos espazos públicos. Mentres a saúde mental lle sacaba brillo á súa condición de disciplina sanitaria, fantasiando coa definitiva fusión co resto de disciplinas médicas, asistía sen moito que engadir á implantación de consultas telefónicas (bautizadas, sen o permiso de Guillerme de Ockham, como teleconsultas), propoñía escaso diante da desaparición dos espazos intermedios que precisa a gravidade, ou toleraba a exportación da normativa anticontaxio dos centros da terceira idade aos dispositivos residenciais e rehabilitadores da rede.

Como outras estruturas do público, a saúde mental taponou vías de auga, confiou na resistencia dos andamios, comprobou que as tubaxes ou a

condución eléctrica non ían rebentar mañá, e, sen o informe arquitectónico preceptivo, deuse por apta para soste o sufrimento presente e futuro.

Logo, xa pasou ao asunto da imaxe que, metaforicamente falando, se corresponde coa fachada. As proclamas ao redor dunha presunta cuarta onda (que será, segundo as profecías, de saúde mental), as unidades postcovid (malia un saber precario ao redor da sintomatoloxía postcovid, optouse por unha atención especializada desbotando, novamente, a atención primaria), a asistencia aos profesionais (mellor sería amañar primeiro as cuestións laborais para a continuación e, de ser preciso, falar de ansiedade ou angustia), e o plan estratéxico de saúde mental (renomeado, novamente sen a autorización de Ockham, como plan postcovid).

Nestes días, asistimos á chegada de profesionais e á apertura de novos dispositivos na rede de saúde mental. Esta inversión monetaria non semella dirixirse ás estruturas senón que, ao través da imaxe, acalma a contestación dos usuarios e dos profesionais. Quizais sexa un obxectivo político lexítimo, pero nós deberíamos abrir os tempos postcovid a un entendemento do sufrimento, a unha aposta por un modelo comunitario e a unhas prácticas asistenciais diferentes. Do contrario, os lugares da saúde mental soamente aumentarán a densidade de poboación, asunto necesario pero non suficiente para reformar a estrutura que os sostén.

A fatiga pandémica non atinxe unicamente aos individuos. Hai unha fatiga das estruturas públicas entre as que se encontra o sistema asistencial á saúde mental. Son as sociedades profesionais quen deben porfiar no debate ao redor dos modelos e ir máis aló da superficie que propón o aparente. Do contrario, chegarían os economistas e os publicistas para falar de saúde mental.

O noso saber é unha encrucillada incómoda que, cando foxe do debate ideolóxico, abona o nacemento de manicomios e dispositivos burocratizados. Os primeiros tiñan unha fachada monumental. Os segundos erguen un pórtico con psicofármacos e psicoterapias á carta.

Os tempos postcovid esixen falar dun novo trato que propoña outro pacto entre o sufrimento e a sociedade, reorganice a asistencia, reconsidere as relacións económicas entre elites e cidadanía, dea conta das necesidades reais, estableza os mellores xeitos de apoio e remita a unha esperanza compartida,

traballada entre todos e con capacidade de soste as vicisitudes do porvir. Roosevelt chamaríalle o *new deal poscovid*. E Basaglia, *psiquiatría democrática*.

Desta volta, tócanos a nós poñerlle un nome que estea cheo de ideas verdadeiramente transformadoras e, de poder ser, que obriague ao plácet da autoridade sanitaria e de Guillerme de Ockham.

Ramón Area
Presidente AGSM-AEN

Relecturas de la personalidad y sus falacias psicopatológicas

Federico Menéndez Osorio

Psiquiatra
A Coruña

Correspondencia: femeos@telefonica.net

RESUMEN

Se hace una relectura –releer, no en el sentido de leer por segunda vez, sino de establecer una nueva relación con el texto– de las narrativas clínicas, literarias y neurocientíficas de la personalidad y sus trastornos, mostrando la falacia de una personalidad única, definida, fija e inmutable y predeterminada y que por tanto puedan asignarse patologías de la personalidad.

La personalidad tiene múltiples caras, es poliédrica. Somos las múltiples pertenencias, las diversas narrativas e identidades biológicas, sociales e históricas con las que se tejen el constructo de personalidad. Lo propio del ser es lo heterogéneo, lo aleatorio y contingente, lo imprevisible e incierto. La personalidad se constituye en el devenir.

Se hace un recorrido por diversos textos clínicos y neurocientíficos mostrando como la neuroplasticidad y la neurogénesis van a replantear y cuestionar las teorías reduccionistas y mecánicas de un cerebro, fijo y predeterminada e inmutable, abriéndonos a una concepción del funcionamiento cerebral en constante cambio, modulado por la experiencia, los intercambios y los acontecimientos. Estos cambios cerebrales modifican nuestros procesos mentales.

Se hace una reflexión clínica cuestionando: las bases y fundamentos que dan cuenta del constructo de la personalidad y de los trastornos de la personalidad; del lugar que ocupan en el saber psicopatológico y lo que en la

actualidad representan. Qué prácticas deparan y qué narrativas construyen. De qué legitimidad se arrojan y de dónde les viene proponerse como conocimiento científico.

Con los diagnósticos de trastornos de la personalidad se psiquiatrizan toda una serie de desordenes, anomalías y disfunciones, en relación al comportamiento y sus desviaciones, tomando como referencia la norma, la moral, el orden y la función, entendidas como normas de conducta. La norma como regla y medida de las conductas. Se asigna así la psiquiatría una función de orden y de protección como ciencia y gestión de los anormales y de los desordenes individuales.

Hemos de plantearnos qué condiciones históricas, científicas, del desarrollo de los saberes y los conocimientos etiopatogénicos, psicopatológicos, terapéuticos, etc. dan validez y razón para determinar la personalidad y los trastornos de la personalidad. Qué lugar ocupan como saber de lo psíquico, en tanto arsenal clínico psicopatológico creando nuevas patologías, hipótesis preventivas, etiopatogenias, terapias, guías y protocolos, dispositivos, unidades específicas, expertos, etc.

Con los trastornos de la personalidad se abre el campo de las intervenciones no solo sobre la locura y los diagnósticos de los alienistas clásicos, sino que lo que se pretende es abarcar toda la salud mental de la población, dando cabida a todo acto y conducta del sujeto y para ello la personalidad y sus trastornos en su definición –indefinida– del ser y de los modos de existir amplian la patologización y las intervenciones *ad infinitum*.

PALABRAS CLAVE

Personalidad. Trastornos de la personalidad. La falacia de dichos constructos. Patologización de la norma y la moral. Los anormales. Narrativas clínica, literaria y neurocientífica.

INTRODUCCIÓN: CONSTRUCCIÓN DE LA PERSONALIDAD, DEL YO Y DE LA IDENTIDAD

La personalidad, el Yo, la identidad no vienen dadas, definidas, ni prefijadas, se construyen en el devenir. Hay una busca permanente de la identidad yoica que se fragua en el existir. El ser humano no es un ser dado, fijo e inmutable; ser humano es estar en un proceso de devenir dentro de una deriva histórica (1).

La personalidad, la identidad, el Yo, tienen múltiples caras, son poliédricas, con sus noblezas y sus miserias. Somos las múltiples pertenencias, las diversas historias con las que tejemos nuestra identidad narrativa. Lo propio del ser humano es lo heterogéneo, lo contingente e imprevisible, lo incierto e impredecible. Personalidad proviene del termino persona que se entendía como máscara, rol o representación.

El tema de la identidad, del Yo, de la personalidad no pueden entenderse fuera del lenguaje. No existe una naturaleza humana predeterminada, los seres humanos somos una construcción lingüística, modelamos nuestra identidad y el mundo que vivimos en el lenguaje(1). Venimos bañados e inscritos en el lenguaje que nos precede. En palabras de Heidegger “*el lenguaje es la casa del ser, en su morada habita el hombre*” (2).

El quien eres –señala Lledó– la pregunta por lo que has hecho, lo vivido, lo gozado o sufrido, lo logrado o perdido, lo olvidado, el quien eres, abre la puerta al lenguaje... “la palabra que emitimos, el lenguaje que hablamos, constituye en realidad lo que somos... una mente sin palabras es una mente ciega, una inteligencia paralizada e inerte”(3).

El lenguaje es performativo. Las historias narradas no son meramente descriptivas, sino constitutivas, dan forma a la vida y tiene efectos reales no imaginarios (4).

El que se haga hincapié en la importancia del lenguaje no supone que hagamos un reduccionismo al respecto. Somos conscientes de que el lenguaje no agota la realidad multidimensional del ser humano y de los fundamentos biológicos y sociales en juego, pero es el lenguaje el que nos da especificidad como seres humanos y es en el lenguaje donde nos es posible

reconocer los dominios existenciales no lingüísticos (1). Somos hablados en el lenguaje.

Ante la pregunta de la identidad, ¿quién soy yo? suele darse una respuesta canónica y afirmativa: “este soy yo”; “tengo esta identidad”, “esta personalidad”, como atributos fijos y esenciales de mi ser. ¿Soy el generoso, leal, digno, cariñoso, trabajador y cumplidor?... ¿o el egoísta, desleal, indigno, indiferente, negligente?... ¿el que se siente seguro, animado, capaz, diligente?... ¿o el inseguro, indeciso, apático, confuso?... ¿o soy un poco de ambos, dependiendo del momento y las circunstancias por las que atravieso. Hasta donde soy el que quiero ser, o más bien, el que traiciona los valores e ideales. Soy el que soy en lo íntimo o el que soy en lo privado, o el que soy en lo público. Soy el de la fría y ecuánime razón o el ávido y ciego de la pasión.

Vamos asignándonos y atribuyéndonos, además de lo que nos asignen, un despliegue de atributos diversos que nos dan otros Yo e identidades. Lo que Rimbaud expresaba en la fórmula “Yo es otro” (5). Y Machado, desde otra formulación, decía en uno de sus proverbios “y mira en el espejo al otro que va contigo”.

Al plantearnos la construcción del yo, en la propia matriz, nos vamos a encontrar un Yo imaginario, una ficción, como Lacan nos señala en el estadio del espejo: el lactante, en el estado de inmadurez biológica, aún no adquirida la marcha ni la postura de pie, se ve ante el espejo como una imagen completa, total, unificada, frente a la realidad de su cuerpo fragmentado y dependiente, quedando fascinado y atrapado en esa imagen ideal.

Esta primera identificación imaginaria, prematuridad del ser, es la matriz simbólica en la que el Yo se precipita en una forma primordial como Yo ideal, que será también el tronco de las identificaciones secundarias (6).

Esta identificación imaginaria, de fascinación y completud descrita por Lacan, la vamos a encontrar siglos antes en *El Criticón* de Gracian. En la crisis nona (IX), al referirse Artemio a la necesidad de conocerse a sí mismo, le responde Andrenio: *“entre tanta maravilla como vi, el que más me satisfizo fui yo mismo, que cuanto más me reconocía, más me admiraba... a los principios rudamente me reconocía, pero cuando pude verme a toda luz y por extraña suerte acabé de contemplarme en los reflejos de una fuente, cuando advertí era yo mismo*

el que creí otro, no podré explicarte la admiración y gusto que allí tuve: remirábame, no tanto necio, cuanto contemplativo. Lo primero que observé fue esta disposición de todo el cuerpo, tan derecho sin que fuerza a un lado ni a otro” (7). Vemos en este párrafo: la fuente como el espejo, el cuerpo unificado, la fascinación en la imagen, la completud, etc. descritos en el estadio del espejo lacaniano.

En sus posteriores Seminarios, Lacan al referirse al Yo señalando que es imposible un desarrollo del Yo con etapas, fases y periodos con un progreso normativo, va a subrayar algo a destacar y retener: *“el Yo está hecho de la serie de identificaciones que han representado para el sujeto un hito esencial, en cada momento histórico de su vida y de una manera dependiente de las circunstancias” (8)*.

Nos señala Lacan (8) que *“cuando se dice yo soy aquel que sabe que soy. Por desdicha, si bien sabe quizá qué es, no sabe absolutamente nada de lo que es. Esto es lo que falta en todo ser” (pág. 335)*. Esta falta es para Lacan *“lo que le permite llegar a existir en función de esa misma falta. No es falta de esto o aquello, sino falta de ser por lo cual el ser existe. El deseo es una relación de ser a falta” (págs. 334)*.

Al respecto del yo contingente e incierto, H. Arendt nos precisa que no hay un yo fijo y permanente, todo lo que conocemos son sensaciones internas cuya sucesión implacable les impide asumir una forma estable e identificable (9).

No hay un Yo puro e innato, Popper destaca que no nacemos con un Yo, sino que aprendemos a ser un Yo. *“La conciencia del Yo comienza a desarrollarse por medio de otras personas. El Yo es el resultado, en parte de las disposiciones innatas y, en parte, de la experiencia, especialmente de la experiencia social” (10)*.

Frente a ese Yo fijo e inmutable y esa personalidad constituida y definida que se nos quiere mostrar habitualmente, Pirandello nos revela en su obra *Seis personajes en busca de un autor*, las múltiples formas en que se despliega y que toma el ser de cada uno, al poner en palabras de uno de sus personajes: *“cada uno de nosotros se cree uno, sin que ello sea verdad, porque cada uno de nosotros es muchos, sí señor, muchos, dependiendo de todas las posibilidades que llevamos dentro: uno con este, uno con aquel; ¡y tan distintos! E imaginamos, sin embargo, que siempre somos el mismo para todos” (11)*.

RELECTURA DESDE LA LITERATURA DE LA PERSONALIDAD Y SUS TRASTORNOS

Estas relecturas –narrativas– desde la literatura, la clínica, las neurociencias, la genética y otras disciplinas, las hacemos en el sentido que Lefort señala al decir: “releer no es leer por segunda vez, sino establecer una nueva relación con aquello que se hace reconocer como un texto” (12)

Al referirse a sus heterónimos en *Mascaras y paradojas* (13), nos muestra Pessoa estas múltiples pertenencias, las múltiples personalidades que él se atribuía a sí mismo, al decir “*creé en mi varias personalidades, creo personalidades constantemente*” (pág. 122) y atribuye el origen de sus heterónimos “*al profundo trazo de histeria que hay en mí. No sé si soy simplemente histérico o si soy, con mayor propiedad un histero-neurasténico*”, ratificando “*que el origen mental de mis heterónimos está en mi tendencia orgánica y constante a la despersonalización y a la simulación*” (pág. 14). En *El libro del desasosiego* (14) afirmará: “*cada uno de nosotros es dos*” (pág. 208).

Este ser dos o múltiples expresado en los heterónimos por Pessoa, nos hace retomar un referente en la literatura de la doble personalidad como es la obra de Stevenson *El extraño caso del Dr. Jekyll y Mr. Hyde* (15).

Una lectura atenta, cuestiona la idea que se nos viene dando como una novela arquetipo o paradigma de la doble personalidad como patológico.

En el último capítulo, “La confesión completa de Henry Jekyll”, éste deja una carta a su amigo el abogado Utterson en la que narra su vida. Un texto que podemos leer como una historia clínica, donde se reflejan los rasgos de la condición humana respecto a la personalidad, al bien y al mal y las conductas. Recogeremos literalmente algunos fragmentos significativos al respecto del tema (los subrayados son nuestros).

Se refiere al bien y al mal como constitutivos ambos formando parte de la naturaleza humana, al señalar: “***todos los seres humanos tal como los conocemos son una mezcla del bien y del mal*** (pág. 217) ... *separaba en mí los campos del bien y del mal del que se compone y en que se divide la naturaleza humana*” (pág. 213).

La propia carta en la que el Dr. Jekyll va relatando las conductas y actos de su otro yo –Mr. Hyde– muestra la escisión del Yo. Describirá más extensamente esta dualidad –añadirá multiplicidad– al referirse a la personalidad

como constitutiva y propia de la realidad del hombre: **“mis dos caras, mis dos personalidades, eran auténticas en mí, no era un hipócrita”** (pág. 213). **“...el derrotero de mis estudios científicos arrojó luz sobre la conciencia de perenne lucha entre mis dos personalidades... desde ambas facetas de mi inteligencia, la moral y la intelectual me acercaba a esa verdad: la de que el hombre en realidad no es uno, sino que verdaderamente es dos”** (pág. 213). Va a añadir algo que puede parecer sorprendente y que es anticipador en describir lo múltiple de la personalidad: **“y digo dos porque el estado actual de mis conocimientos no va más allá. Otros vendrán, otros me superarán en el mismo campo que llegarán a descubrir en el hombre multitud de facetas incongruentes e independientes”** (pág. 213).

Siendo concluyente al respecto de la dualidad constitutiva: **“fue en el aspecto moral y en mí mismo donde aprendí a conocer la total y primitiva dualidad humana; vi que había dos naturalezas que contendían en el campo de mi conciencia; sin faltar a la verdad, podía asegurarse que cualquiera de las dos era la mía propia, aunque fuesen contradictorias ambas eran mías”** (pág. 213).

En el relato de los actos sórdidos y monstruosos realizados por Hyde, describe cómo hay en ellos una elección voluntaria en la búsqueda de los placeres y en la satisfacción que realiza, así como de la libertad sin control de sus fechorías. **En Hyde sentía la verdadera y total libertad “me sentía más joven, más liviano con el cuerpo más pleno, más libre, más feliz en lo físico... un sentimiento de libertad del alma... ese era asimismo yo”** (págs. 216-217).

Puntualiza y describe la **acción de la droga** sobre su conducta: **“no era la droga que únicamente me hacía fácil dejarme llevar. La droga no tenía acción selectiva: no era diabólica, ni divina; todo lo que había hecho era sacudir las puertas de prisión en que se hallaba encerrada mi personalidad, aquello que estaba dentro escapó... eran mis dos caracteres”** (pág. 218) ... **“aquella parte de mi personalidad que había logrado proyectar a voluntad”** (pág. 222).

Hay en todo momento conciencia de sus actos y de la elección voluntaria de estos –**“incluso al tomar la droga”**– desoyendo a su conciencia y primando los placeres y el dejarse llevar por sus apetencias: **“tenía yo conciencia incluso en el momento que tomaba la droga, de una propensión al mal... mas yo me había despojado voluntariamente de aquellos instintos de equilibrio y entre las tentaciones me dejaba llevar por el placer** (pág. 225) ... **“era yo mismo quien desoía la voz de mi conciencia en el placer”** (pág. 228).

Describe nítidamente los **sentimientos de culpa** y horror y **remordimientos** de sus acciones y el tener conciencia de sus consecuencias y de la elección que tomaba voluntariamente: “en ocasiones el Dr. Jekyll se horrorizaba de los actos de Hyde, pero insidiosamente **tranquilizaba así su conciencia, la adormecía**” (pág. 220) ... “sentía que debía elegir entre las dos. Ambas tenían una memoria común” ... “a veces con verdadero gusto compartía y proyectaba los placeres y aventuras de Hyde” (pág. 223) ... “**Jekyll se sentía culpable y se atormentaba en el fuego de la abstinencia**” (pág. 224) ... Otras veces prefería ser el honorable Jekyll rodeado de amigos con honradas esperanzas, pero tendría que dejar los placeres de Hyde” (pág. 224) ... “**cuando la agudeza del remordimiento comenzó a desaparecer fue sucedida por cierto sentido de dicha**” (pág. 226).

Esta relectura nos abre a una versión de la novela de Stevenson muy distinta a la de los arquetipos de la doble personalidad y del mal como patológicos.

Los fragmentos expuestos, donde se recoge el ser consciente de sus actos, la libre elección, el sentimiento de culpa, los remordimientos, el dejarse llevar voluntariamente por el placer y la satisfacción inmediata en tanto primacía de goce, o dejarse arrastrar por el mal, no son precisamente atributos exclusivos de las psicopatías o trastornos de la personalidad, etc., sino de la condición humana. De forma lúcida y brillante Stevenson nos lo expone no como algo patológico, sino propio de la dualidad constitutiva.

El propio autor va a distinguir entre lo patológico –locura– y la ignominia, al poner en boca del abogado Utterson al respecto de la conducta de su amigo el Dr. Jekyll, en unos capítulos anteriores al de la carta: “pensaba que era locura y ahora empiezo a temer que es ignominia” (pág. 154).

La personalidad descrita en su escisión como doble o múltiple, desde un enfoque no patológico, podemos ya encontrarlo en el año 529 d.c. en el “Digesto”, obra jurídica publicada por el emperador bizantino Justiniano I, fue el primer cuerpo legal donde se establecen las normas jurídicas que sirvieron de bases para futuras disposiciones legales. En el Digesto se admitió la posibilidad de que “un mismo hombre sostenga diversas personalidades” (D. 43, 3, 1, 4) (16).

Antes aludíamos a que La identidad, el yo, la personalidad, no vienen dadas, ni prefijadas, se constituyen y construyen en el devenir, son poliédricas, con

múltiples caras. Somos esas múltiples pertenencias, hay algo en lo humano de lo imprevisible, de lo aleatorio, de lo incierto e impredecible.

En *Las Traquinias*, Sófocles hace decir a Deyamira: “*hay una máxima que surgió entre los hombres desde tiempo, según la cual no se puede conocer completamente el destino de los mortales, ni si fue feliz o desgraciado hasta que muere*” (17).

A diferencia del animal o la planta que vienen determinados y fijados por las leyes de la naturaleza y del instinto, el ser humano no se agota en ellas. La naturaleza peculiar del hombre es la sociedad, como afirma María Zambrano (18).

El hombre no tiene un ser fijo e inmutable, su ser es precisamente libertad de ser. La vida no nos es dada hecha como al animal o la planta, a ellos les es dado un ser prefijado y resuelto. El ser humano tiene que hacérsela cada uno la suya. ***Por eso vida, en el sentido radical de vida humana, se la entiende por biografía y no por biología*** (19).

La idea de Ortega (20) acerca de que no hay un ser fijo, le lleva a revelar que la vida humana es una entidad infinitamente plástica, no puede pensarse como inmutable, “*siendo el ser de lo viviente un ser siempre distinto de sí mismo, tendría que ser pensado mediante conceptos que anulan su propia e inevitable personalidad*” (pág. 87) “*el hombre no es, sino que va siendo esto y lo otro. Ese ir siendo es lo que llamamos vivir. No digamos que el hombre es, sino que vive*” (pág. 91) ... “*solo cuando el hombre ha muerto tiene un ser fijo, eso que ha sido*” (pág. 161).

Ante la idea de una personalidad e identidad uniforme, objetiva, fija, universal, ya nos advierte H. Arendt al respecto, al afirmar, que la conducta uniforme que se presta a la determinación estadística, por tanto a la predicción científicamente correcta, no es en modo alguno un ideal inofensivo. Las ciencias de la conducta, uniformizando y anulando la subjetividad, apuntan a reducir al hombre a un animal de conducta condicionada (21).

RELECTURA CLÍNICA DE LA PERSONALIDAD Y SUS TRASTORNOS

Una revisión de alguno de los textos clínicos de referencia sobre la personalidad y sus trastornos nos permitirá mostrar las contradicciones al respecto de la consideración de los trastornos de la personalidad en la clínica.

En el libro de T. Millon Trastornos de la personalidad (22) al definir la personalidad destaca la dificultad de conceptualizarla y recoge de Allport, que el uso del término personalidad resulta peligroso, “debido a su elasticidad puede utilizarse en cualquier contexto. Personalidad es una de las palabras más abstractas de nuestro lenguaje” (pág. 18). Y al referirse al estatus de los trastornos de la personalidad afirma: “no son entidades médicas, ni tampoco deben considerarse perversidades humanas... las concebimos como estilos problemáticos de adaptación humana” (pág. VII) y añade: “los trastornos de la personalidad no son medicalizables y por tanto transformables en enfermedades susceptibles de ser eliminadas mediante tratamientos... no existe, ni ha nacido, ni nacerá persona alguna <<con>> un trastorno de la personalidad. Estos giros sintácticos son útiles y cómodos para la comunicación clínica pero la naturaleza de tal constructo excluye que sean verdaderos” (pág. 143).

Al señalar los **principios para conceptualizar la personalidad y sus trastornos** se recogen (pp 7):

Principio 1. Los trastornos de la personalidad no son enfermedades.

Principio 5. La personalidad es un continuum. No es posible una estricta división entre normalidad y patología.

Principio 8. Los trastornos de la personalidad pueden ser evaluados pero no diagnosticados de forma definitiva.

Al explicar este principio 8 precisa: “los individuos no encajan en la taxonomía... Los trastornos de la personalidad no son enfermedades, ni trastornos y por tanto no pueden ser diagnosticados” (pág. 17).

Otros autores como Kraepelin, al referirse a los trastornos de la personalidad, oscilan entre entenderlos como cuadros premórbidos, o sintomáticos, productos del cuadro psicopatológico mórbido; o bien como trastornos de la personalidad específicos, en tanto alteraciones de la personalidad propiamente dicha. Al referirse a las personalidades psicopáticas menciona: holgazanes, pendencieros, mentirosos, antisociales, inestables, impulsivos, etc., es decir, “desviados” y “anomalías psíquicas” y “locuras morales” (23) (24).

Este tipo de clasificación de trastornos de la Personalidad basados en las conductas antisociales y desviaciones morales lo vemos igualmente, **entre**

otros manuales, en el Tratado de Psiquiatría de Talbott (25), el cual, al referirse a dichos trastornos afirma: “*causan a menudo problemas familiares, escolares, laborales y en otros roles. Tienen alto porcentaje de separaciones, divorcios, custodia de los hijos, incremento de la tasa de accidentes, intentos de suicidio... asimismo se han encontrado trastornos de la personalidad entre el 70% al 80% de los delincuentes; 60% al 70% de alcohólicos; 70% al 90% de drogadictos*” (pág. 744) . Como podemos observar, **más que de un tratado de psiquiatría, dichas valoraciones sociales y morales, parecen sacadas de un tratado moral y normativo.**

Con respecto a K. Schneider, al abordar los trastornos de la personalidad, nos advierte que no es posible describir diagnósticos a la personalidad como si se adscribiesen a enfermedades y precisa: en su libro *Las personalidades psicopáticas* (26) que “*no existe ningún motivo justificado para calificar como patológicas las personalidades*” (pág. 40) ; y en su *Psicopatología clínica* (27) subraya que “*rara vez queda uno satisfecho al escribir, por ejemplo, trastorno de la personalidad depresiva, trastorno de la personalidad abúlico; etc. debido a la versatilidad o vaguedad tipológica*” (pág. 60).

En este sentido, **el DSM-5 (28), al referirse a los trastornos de la personalidad** desde la perspectiva dimensional (Tomo II), precisa: “*los niveles de rasgos de personalidad pueden cambiar y de hecho fluctúan a lo largo de la vida* (pág. 772) ... *no son inmutables, se mezclan con la normalidad y entre ellos*” (pág. 646).

Retomando a Schneider (27), al respecto de los diagnósticos de los trastornos de la personalidad, va a subrayar que: “*nunca es posible un juicio psicopatológico y psicológico total y definitivo* (pág. 215) ... *una personalidad hipertímica o depresiva, o sensitiva, son sujetos que son sencillamente así, individuos que tienen una posibilidad para desplegar y hacer realidad determinados rasgos. No es bueno hablar en estos casos de personalidad depresiva, sensitiva, etc. sino como expresión de la condición humana*” (pág. 227).

Desde una posición crítica y cuestionando el estatus clínico de los trastornos de la personalidad, recogemos de una “*Historia de la psiquiatría clínica*” de Berrios, en el capítulo dedicado a dicho tema, Ernst (29) nos señala que las opiniones contemporáneas están divididas en cuanto si los trastornos de la personalidad son de hecho trastornos en vez de enfermedades, o problemas sociales considerados como problemas médicos. **La naturaleza real de los trastornos de la personalidad han sido una pesadilla científica y clínica para**

la psiquiatría... los distintos trastornos de la personalidad se han desarrollado fuera de la sabiduría clínica (pág. 751) ... la historia del concepto de trastorno de la personalidad proporciona suficientes indicios de que el material de la sabiduría clínica está asociado más a cuestiones sociales y prejuicios culturales que con la ciencia y el conocimiento clínico riguroso” (pág. 748).

En esta misma línea del cuestionamiento de los diagnósticos de trastornos de la personalidad, nos encontramos que Baca Baldomero (30) precisa que dichos trastornos corren el riesgo de convertirse en un cajón de sastre de diagnósticos dudosos y casos no bien estudiados; o con epítetos peyorativos (pág. 648). Asimismo para López Ibor (1999), dichos trastornos suelen dar lugar a juicios de valor emitidos desde el prisma moral del evaluador y Tizón (1998), más tajante, asevera que en dichos trastornos no hay síntomas, son problemas de relaciones sociales (31).

Desde el punto de vista del constructivismo social y del marco histórico cultural, Huertas recoge el término de “enfermedades mentales transitorias” dado por I. Hacking, a casos de personalidad múltiple, u otros trastornos, que tienen una duración limitada, apareciendo y remitiendo por razones que tienen que ver con el ambiente cultural de la época o contexto socio-geográfico en el que surge la enfermedad como tal, “...Son creadas, no existen más que en el momento de ser definidas y estudiadas por sociólogos criminólogos o psicólogos. Es el caso de la personalidad múltiple que impregnó la cultura y la sociedad norteamericana en los años setenta y ochenta” (32).

El constructo de la psiquiatrización de toda una serie de conductas que tenían un estatus moral disciplinar y judicial, tiene una historia y unas razones que Foucault en *Los Anormales* (33) y otros textos, enmarca en las coordenadas históricas y sociales de los saberes y conocimientos que fundamentan la psiquiatría.

PERSONALIDAD E IDENTIDAD DE LAS NEUROCIENCIAS

Una relectura desde otras disciplinas y campos científicos como las neurociencias, la genética o la neurología, **van a replantear y cuestionar las teorías reduccionistas, fijas o mecánicas de que haya un cerebro, una personalidad, una identidad dada, prefijada e inmutable.**

El neurocientífico F. Mora afirma: “*el cerebro de todo ser humano (incluido los gemelos univitelinos) es diferente en su morfología tanto externa como interna, lo que conforma la base de su singularidad e individualidad. El cerebro cambia constantemente en su física y en su química, en su anatomía y su fisiología y todos estos cambios se expresan en los procesos mentales y en la conducta*” (34).

En esta misma óptica el neurocientífico e investigador de las neuronas espejo Iacoboni, sostiene que “*no existen dos cerebros con el mismo tamaño, forma o estructura interna, ni la activación de la misma área cerebral en distintas personas es idéntica nunca*” (35).

La teoría de la neuroplasticidad cerebral y la neurogénesis supone una ruptura con la visión del cerebro como algo fijo e inmutable (36). El neurólogo Pascual Leone, profesor de la Universidad de Harvard y director del laboratorio de estimulación magnético cerebral de Boston, nos revela que ***el sistema nervioso es fundamentalmente plástico, está cambiando de forma dinámica y cualquier acto que lleva a cabo nuestro cerebro modifica al cerebro mismo*** (37).

El premio Nobel de Medicina E. Kandel destaca, como la neuroplasticidad nos va a permitir entender un principio de la biología celular, resultando esclarecedor para sentar las bases biológicas de la individualidad humana –la subjetividad– y subraya: “*siguiendo las tesis de Nagel y de Searle, la ciencia no puede explicar cómo un fenómeno objetivo como son las señales eléctricas del cerebro pueden causar una experiencia subjetiva como es el dolor (o la belleza, el amor, etc.)... La ciencia carece de reglas para explicar cómo surge la experiencia subjetiva –a conciencia– a partir de las células nerviosas interconectadas*” (38).

La neuroplasticidad y la neurogénesis nos abren a una concepción del funcionamiento cerebral en constante cambio, de tal modo que la plasticidad y las interconexiones sinápticas evidencian que las redes neuronales están abiertas al cambio y la contingencia, se modulan por la experiencia y los intercambios, por los acontecimientos. A través de la experiencia y los cambios, cada individuo es único e imprevisible.

El biólogo y genetista, Bueno i Torrens (39) nos lo precisa al señalarnos que tenemos la sensación de haber sido nosotros mismos toda nuestra vida, pero nuestro cerebro no ha dejado de cambiar jamás, en función de sus propios programas intrínsecos y de la constante e inevitable interacción

con el ambiente. **Estos cambios cerebrales también modifican nuestros procesos mentales.** Por eso la visión del mundo y el concepto de nosotros mismos y los demás van cambiando con el tiempo y con la experiencia acumulada y añade “*el cerebro humano es un órgano permanente inacabado, inmerso en un continuo e incesante proceso de construcción y reconstrucción, cualquier detalle de nuestra biografía personal, por nimio que nos parezca, puede ser importante en este periodo... nuestro cerebro es el órgano más complejo, plástico, maleable y moldeable de nuestro cuerpo*” (pág. 14) ... “*el cerebro está en construcción permanente, jamás está completo, terminado, constantemente se va moldeando, en estrecha colaboración con el ambiente y si el cerebro está en estado de construcción constante, también lo está nuestra mente, nuestro yo...*” (pág. 28).

En el campo de la genética se cuestiona actualmente el reduccionismo que postulaba que a tal enfermedad tal gen. A la luz de los descubrimientos en el campo de la genética, tal relación causal estática y mecanicista, no tiene en cuenta la complejidad de las interacciones a muy distintos niveles que se dan en la regulación genética (40), (41).

REFLEXIONES CLÍNICAS EN TORNO A LA PERSONALIDAD Y SUS TRASTORNOS.

DE QUE HABLAMOS CUANDO HABLAMOS DE LA PERSONALIDAD Y LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.

Ante la pregunta ¿Qué es la personalidad? Los propios autores que abordan el tema—en la relectura de la personalidad y los trastornos de la personalidad lo hemos recogido— **no llegan a un acuerdo e incluso se hacen afirmaciones tan rotundas y contradictorias como: qué son y no son enfermedades. Qué son categorías y estructuras. Qué no es posible categorizarlas por la propia singularidad e individualidad de cada persona. Qué son diagnosticables y qué no lo son.**

En su Psicopatología clínica (27) K. Schneider afirma que “los tipos de personalidades anormales tienen el aspecto de diagnósticos, pero se trata de una analogía completamente injustificada” ... ”por ejemplo, un Trastorno de la personalidad depresivo es sencillamente así. A los sujetos, a las personalidades

no se las puede poner etiquetas diagnósticas como si fuesen enfermedades o consecuencias psíquicas de enfermedades” (pág. 56-57).

T. Millon en su tratado de la personalidad (22) llama “artefactos lingüísticos” a los diagnósticos : “los trastornos de la personalidad no son enfermedades ni trastornos y por tanto no pueden ser diagnosticados. El mejor uso de esos términos diagnósticos es su utilización como artefactos lingüísticos” (pág. 17). Y en otro párrafo que ya expusimos antes, **recoge de Allport la siguiente reflexión:** “el uso del término personalidad resulta peligrosa a menos que se sea consciente de sus múltiples significados. Debido a su elasticidad puede ser utilizado en cualquier contexto. Personalidad es una de las palabras más abstractas de nuestro lenguaje” (pág. 18).

Retomo de K.Schneider, en su libro *Las personalidades psicopáticas* (26): “Los tipos psicopáticos aparecen como diagnósticos. Pero esta es una analogía injustificada” (pág. 85) ... “las etiquetas solo de un modo aislado, desde puntos de vista particulares, acierta con propiedades especialmente importantes en hombres concretos” ... “los individuos que llamamos psicópatas hipertímicos, depresivos, lábiles de animo, explosivos, abúlicos, y asténicos... estas designaciones no enuncian en ningún caso nada esencial y decisivo sobre el individuo como totalidad... no puede bastar nunca para el conocimiento del hombre.” (pág. 87).

Los diversos modelos que dan cuenta de la personalidad entienden esta como una estructura nomotética generalizable basada en una metodología matemática estadística para extraer los rasgos de personalidad, procedimientos basados en análisis factorial. Hay una **reducción de la personalidad como sustancia fija, determinada, dada como algo objetivo y natural, ajena a su mundo social y a su acción y experiencia y a su subjetividad** (42).

Ante lo que se entiende por personalidad y sus trastornos es preciso plantearnos si para dar cuenta de ciertas psicopatologías o trastornos y de sus terapias; del síntoma; del sujeto; de lo psíquico y de lo mental; de los modos de ser y de existir; etc., haya que echar mano del constructo de la personalidad y de sus trastornos, o bien, esto es una llave de paso, un trampantojo, para etiquetar formas de expresión y conductas que no encajan en los cuadros patológicos clásicos o que oscilan entre las diversas formas de expresión y comportamientos de todo sujeto.

Un ir dando largas, recurriendo a la personalidad y sus trastornos para ir tapando la desnudez de lo que el saber psicopatológico, los procesos psíquicos,

la locura, el existir, suponen como dificultad, como tipo de conocimiento, como necesidad de diagnosticar y de etiquetar.

Búsqueda de nuevas formulaciones de escape y de elusión ante el impasse en el que se encuentra la psicopatología, la etiopatogenia y la causalidad psíquica, los fenómenos mentales, la objetividad y la “cientificidad” del saber psiquiátrico, que no logran avanzar con lo que hasta ahora aportan las neurociencias, los neurotransmisores, la inexistencia de marcadores biológicos, la genética, las pruebas, etc. Como señala W. Ernst (29) “la naturaleza real de los trastornos de personalidad ha sido una pesadilla científica y clínica para la psiquiatría” (pág. 751) y recoge de Rosenhan y Seligman que “la documentación sobre los distintos tipos de trastornos de la personalidad se ha desarrollado fuera de la sabiduría clínica” (pág. 748).

Mientras que la medicina científico técnica se desarrolla con los avances tecnológicos que le permiten procedimientos de verificación y de constatación siguiendo el método científico (anatomía patológica, biopsia, escáner, pruebas analíticas y radiológicas, etc), el campo psiquiátrico no dispone de tales elementos, quedando huérfano de lo que le permitiría tener un estatus de “cientificidad”, al que algunos quieren, reduccionista y mecánicamente, emular dentro del campo de la medicina.

Vemos por otro lado *la inconsistencia y lo relativo que suponen ciertos diagnósticos de trastornos de la personalidad en base a la cultura, los valores, las ideologías, las normas morales dominantes en una determinada época*, lo que con el cambio de paradigmas e ideologías, algunos diagnósticos fueron borrados y otros cuestionados (homosexualidad, moral insanity,...)

LO SINGULAR, LO ESPECÍFICO, LO PARTICULAR EN LA PERSONALIDAD

Si ya entre las teorías nomotéticas (categoriales) y las ideográficas (dimensionales) existen notables diferencias teóricas y prácticas, vamos a señalar algunas otras consideraciones al respecto:

Se destaca al referirse a la personalidad –lo cual es un hecho evidente– que uno de los rasgos mas específicos es lo individual, lo singular, lo particular, siendo esto así, se hace difícil –como así lo señalan la mayoría de los autores– que

puedan darse personalidades tipo o universales que puedan definirse o etiquetarse como si se tratase de la taxonomía de las plantas o de las especies animales.

Esta individualidad y especificidad la señala Millon (22) cuando se refiere a los tipos o rasgos de personalidad señalando que “los individuos no encajan en las taxonomías. Ningún individuo representa la encarnación de ningún tipo de personalidad específica” (pág. 17).

Asimismo Schneider (27) refiriéndose a los tipos o rasgos de personalidad señala que “la gran cantidad de configuraciones y uniones individuales convierte en una rareza el que una propiedad ejerza un dominio tan completo y caracterice de modo tan profundo al sujeto, que sea posible nombrar certeramente a este con el nombre de una sola propiedad... de hecho no es posible trabajar bien con estos tipos. Raras veces queda uno satisfecho al escribir por ejemplo psicópata depresivo, psicópata abúlico,... debido a la versatilidad o la vaguedad tipológica” (pág. 60).

El DSM5 (28) al referirse a los trastornos de la personalidad desde la perspectiva dimensional de la personalidad señala “los niveles de rasgos de personalidad cambian, fluctúan a lo largo de la vida, no son inmutables, se mezclan con la normalidad y entre ellos” (pág. 646).

Al respecto de los etiquetadores y del furor diagnóstico y de clasificar, ironiza Pessoa (14) al decir: “hombres de ciencia cuya ciencia consiste solo en clasificar, ignoran la existencia de clasificables desconocidos, cosas del alma y de la conciencia que se encuentran en los intersticios del conocimiento” (pág. 153).

Lo característico de la condición humana es lo singular, lo subjetivo, lo particular, lo individual, un sujeto histórico y social. Antes hemos señalado en la relectura de la personalidad en los distintos campos: las neurociencias, la genética y otras disciplinas que nos muestran la singularidad, y particularidad, lo específico. En el plano de la vida, afirma Hegel, “en lo humano el universal solo es real en los individuos. El universal vida solo es real como figura individualizada o particularizada” (43). ***Por lo tanto se hace difícil que puedan darse personalidades fijas, establecidas y definidas como se quiere hacer con el constructo de personalidad y sus trastornos.***

CONSIDERACIONES CLÍNICAS: EL CONSTRUCTO DEL DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Los trastornos de la personalidad van a nutrir en sus diversas modalidades los diagnósticos e informes y peritajes sobre los cuales se juzgan las motivaciones y la “razón” –de la sin razón– de las conductas y formas de ser designadas como anormales o patológicas. El diagnóstico de trastorno de la personalidad en sus múltiples variantes es uno de los comodines más utilizados actualmente en los informes y peritajes.

Además de lo ya cuestionado de dichos diagnósticos, nos encontramos que ciertas evaluaciones y valoraciones diagnósticas de la personalidad, contrastan con la observación habitual donde podemos ver, que semejantes rasgos y formas de ser descritas como patológicas o trastornos de la personalidad, dan igualmente conductas y comportamientos diversos y hasta opuestos.

Así tenemos que hay un deslizamiento confuso y peligroso de diagnósticos o etiquetas de personalidad o formas de ser, que asignados como narcisistas, suspicaces, esquizoides, obsesivos, evitativos, depresivos, histriónicos, dependientes, impulsivos, sensibles, etc. llevan una vida normal, conviven, trabajan, tienen familia, ocupan cargos públicos y llegan en algunos casos a ser científicos, artistas, profesionales, o notables trabajadores y eficientes ejecutivos, llegando a darse “genialidades” precisamente por esos rasgos, o por las formaciones reactivas, o porque además y también de dichos rasgos hay otras formas de ser que cohabitan y se dan en tanto constitutivos de la diversidad, multiplicidad y heterogeneidad y de lo paradójico de todo ser humano (44).

Términos como inmadurez, inestable, impulsivo, histriónico, narcisista, desinhibido, suspicaz, egocéntrico, desapego afectivo, perfeccionista, dependiente, sugestionable, rigidez, voluble, etc. van a valer tanto para un roto como para un descosido. Tanto para explicar un trastorno de la personalidad: disocial, narcisista, anancástico, esquizoide, paranoide, límite, patrón de conducta sádico, etc. es cuestión de colocar unas piezas u otras y hacerlas encajar en el caso.

A este respecto, es ilustrativo lo que K. Schneider (26) nos advierte refiriéndose a las designaciones diagnósticas de personalidad: “Las etiquetas solo de un

modo aislado, aciertan con propiedades especialmente importantes en hombres concretos” (pág. 86) ... “Los hombres, las personalidades, no se pueden etiquetar diagnósticamente como las enfermedades y las consecuencias psíquicas de enfermedades” (pág. 85). “Estas designaciones no enuncian, en ningún caso, nada esencial y decisivo sobre el individuo como totalidad” (pág. 87). Y como señalan Huber G. y Gross, G. (45) **Schneider nos da toda una lección clínica de reflexión sobre nuestra práctica**: “es mejor renunciar a nombres que parecen diagnósticos y describir que clase de hombre es el sujeto en cuestión y cuales son los conflictos en los que se halla inmerso” (pág. 232).

Para T. Millon (22) “incluso en las personas normales hay áreas de rigidez o disfunciones que tienen que ver con su normativa intraindividual” (pág. 142).

Podemos constatar a la inversa, que hay personajes, “respetables” y “honrables” ciudadanos, muy “normales,” capaces de cometer las mayores atrocidades: racistas, xenófobos, corruptos, violadores, acosadores, explotadores,...

Se hace necesario **replantearnos y hacer una reflexión mas profunda acerca del constructo de personalidad y de su corolario los trastornos de personalidad; de sus fundamentos y bases psicopatológicas y etiopatogénicas ; de su lugar como teorización e instrumento de diagnósticos y terapias y ya no digamos de intervenciones preventivas, dado las etiquetas morales y normativas que lo componen, con el peligro al deslizamiento de policía moral o caza de brujas bajo el manto de las credenciales médicas y psicológicas**. Ya Foucault nos advierte de esta deriva en sus obras *Los anormales* (33) y *El poder psiquiátrico* (46).

Al respecto del constructo de los trastornos de personalidad, R. Huertas desde la perspectiva del constructivismo social, que ya mencionamos anteriormente, recoge de I. Hacking casos concretos como el de la personalidad múltiple y otros que denomina “enfermedad mental transitoria” en el sentido de que tienen una duración limitada y que aparecen y remiten por razones que tiene que ver con el ambiente cultural de la época o contexto socio geográfico en el que surge... “son creadas, no existen mas que en el momento de ser definidas y estudiadas por sociólogos, criminólogos o psicólogos. Es el caso de la personalidad múltiple que impregnó la cultura y la sociedad americana en los años sesenta y ochenta” (32).

Respecto a lo que la personalidad y los trastornos de la personalidad suponen en la clínica psicopatológica no pueden evidenciarse ningún avance ni etiopatogénico, ni psicopatológico, ni psicofarmacológico específicamente.

Como señala E.Baca “los trastornos de la personalidad corren el riesgo de convertirse en un cajón de sastre de diagnósticos dudosos y casos no bien estudiados, o en diagnósticos que se identifican con las neurosis a las que acaban asimilándose (Mayor Gross 1972” (30).

Podríamos decir que los trastornos de la personalidad son, en algunos casos, cuadros que ante las dificultades de evaluación y de clasificar y que no quedan claro donde encajar en los diagnósticos clásicos (esquizofrenia, Paranoide, Obsesivo, Depresión...) se los apostilla como manifestaciones subclínicas de dichos trastornos psiquiátricos. De aquí las denominaciones (Trastorno de la personalidad esquizoide, paranoide, anancástico, depresivo, límite, histriónico...) donde la referencia es mas a lo que excluye que a lo que afirma y a las desviaciones de la norma o de la cultura ,es decir, lo normativo como medida.

Para Lacan, como afirma Miller: “*la psicosis paranoica no tiene ‘relaciones’ con la personalidad, se corrige Lacan, es la personalidad” (47).* En referencia al texto de Lacan de su tesis doctoral “La psicosis paranoica y sus relaciones con la personalidad”, V. Palomera señala que Lacan revisa y reformula las referencias a la personalidad en el sentido que la psicosis paranoica y la personalidad no tiene relación porque son la misma cosa. Lacan no reeditó ni siguió las líneas de su tesis respecto a la personalidad (48).

Asimismo Foucault, por distintos motivos teóricos, (mas del lado de las reticencias de la utilización del enfoque fenomenológico) según refiere V. Galvan, modificó en 1962 el titulo de su libro *Enfermedad mental y personalidad* que había publicado en 1954, por el de *Enfermedad mental y psicología* (49).

La personalidad y los trastornos de la personalidad se convierten en imprecisiones conceptuales, “artefactos lingüísticos”, los llamará Millon (22). Para Baca Baldomero (30) los trastornos de la personalidad pueden suponer “...*confusiones y deslizamientos al campo de la norma, la moral y los juicios de valor o sociales y culturales dominantes, sinónimos de “conductas delictivas (Gregory), epítetos peyorativos manejados diagnosticamente como un arma” (pág. 684).*

La patologización de la norma, el orden y la función desde la perspectiva social y normativa, lleva a un deslizamiento de los diagnósticos del plano de la enfermedad a la enfermedad moral, en base a las determinaciones morales –la locura moral– y los valores de la cultura dominante. **Por ejemplo, tomemos una serie de palabras: irresponsable, impulsividad, agresividad, manipulador, cruel, cínicos, falta de empatía, vengativo, ausencia de remordimiento, mentiroso, estafador, no respetan normas,...** ¿De que manual moral están recogidas?. **Están sacadas del Manual diagnóstico del trastorno de la personalidad antisocial (DSM5; págs. 659-660).** Ya anteriormente, en la relectura clínica de la personalidad, señalábamos esto mismo al referirnos a Talbott, Krepaelin y otros, respecto a los **diagnósticos de trastornos de personalidad, cuyas valoraciones parecían mas de un tratado moral que de un tratado psiquiátrico.**

Schneider (27) señalaba cómo la valoración del concepto de trastorno de personalidad anormal se entiende como variación desviada de la norma del término medio (pág. 41). Y para Ernst (43) “*la opinión contemporánea está dividida en cuanto a si los trastornos de la personalidad son trastornos de enfermedades mentales o problemas sociales considerados como problemas médicos*” (pág. 751).

Para T.Millon (22) “*los trastornos de la personalidad no pueden concebirse como enfermedades, ni siquiera como entidades diagnósticas... no son en absoluto enfermedades sino contextos*” (pág. 145).

El propio DSM 5 (28) señala que “*las clasificaciones de los trastornos de la personalidad tiene serias limitaciones... las personas con frecuencia se presentan con trastornos de la personalidad de diferentes grupos*” (pág. 646).

Los trastornos de la personalidad van a suponer nuevas categorías diagnósticas que dispersan, confunden y eluden la complejidad de la psicopatología para dar cuenta del fenómeno mental y del malestar psíquico. Se van a convertir en categorías difíciles de clasificación como síntomas imprecisos de difícil abordaje e insolubles en lo psíquico. **Como lo destaca Schneider (26)** “*los tipos psicopáticos aparecen como diagnósticos, pero esto es una analogía absolutamente injustificada. Los hombres, las personalidades no se pueden etiquetar diagnósticamente como las enfermedades y las consecuencias psíquicas de las enfermedades...*” (pág. 85).

De forma más radical Millon (22) lo refleja contradictoria y paradójicamente

al afirmar “los trastornos de la personalidad no son medicalizables y por tanto transformables en enfermedades susceptibles de ser eliminadas por un tratamiento... no existe, ni ha nacido ni nacerá persona alguna con un trastorno de la personalidad” (pág. 143).

Al respecto nos encontramos **en el DSM5** (28) que “este sistema de clasificaciones –se refiere a los trastornos de la personalidad– tiene sus limitaciones y no ha sido validado de forma consistente” (pág. 646)

Aumentan los diagnósticos categoriales de trastornos de la personalidad: límites, disocial, depresivo, anancástico, inestabilidad emocional, etc. que mas que diagnósticos o enfermedades, son formas existenciales, **mientras que se acorta y reduce el saber, el rigor y el abordaje de las categorías clínicas psicopatológicas de los cuadros clásicos, y lo que es mas importante, de la clínica del sujeto.**

Es notoria la crítica desde diversos campos y enfoques acerca de la validez y utilidad de las clasificaciones de los manuales diagnósticos, que con cada manual que se actualiza aumentan in crescendo el número de esos trastornos.

Los trastornos de la personalidad vienen a corresponder y ocupar el campo de los malestares de la vida cotidiana, del sufrimiento, de los conflictos y relaciones, del modo de ser y vivir en un momento y circunstancias dadas. Como refiere Colina “el limite que circunscribe la ética de la clínica es: la aceptación de que ni todo es diagnostico; ni todo está sujeto a curación. Ni todo dolor es enfermo, ni toda enfermedad es tratable”.

Se utilizan, en ocasiones, estos trastornos de la personalidad como diagnósticos de comorbilidad, forma esta de evitar la complejidad de las patologías y las conductas, recurriendo a entidades recortadas por ítems y síntomas en un afán diagnóstico etiquetador, para rehuir el saber de la clínica del sujeto y evitar dar cuenta del sufrimiento psíquico desde un plano existencial que no quede reducido a lo biomédico y a la taxonomía.

Esta preminencia del síntoma y de lo sintomático como entidades diagnósticas y enfermedades, va a permitir asimismo convertir todo síntoma en un producto mercantil para las políticas neoliberales, haciendo de los síntomas una oferta en el mercado asistencial creando nuevas necesidades de consumo psi, nuevas enfermedades, nuevos remedios. Se multiplican las patologías y se

dispersan los escasos recursos. Así aparecen especialistas, expertos, unidades y ofertas asistenciales de múltiples síntomas y entidades como enfermedades a la carta (anorexia, bulimia, TDAH, depresión, fobia, trastorno de personalidad, estrés postraumático, suicidio, etc.) (50).

Nos encontramos así que *las interrelaciones sociales* (conflictos, paro, dependencia, precariedad, desahucios, etc.); *los malestares, sucesos y conflictos consigo mismo y con lo otros* (duelo, acoso, muertes, “traumas”, etc.); *las adversidades; el dolor y el sufrimiento; lo insoportable del entorno; etc. todo cuanto constituyen los avatares, incertidumbres y vicisitudes de la vida cotidiana, a todo ello se le asigna un diagnóstico, siendo los trastornos de la personalidad uno de los más socorridos.*

Nuevas pseudopatologías que abren en abanico la psicopatologización y medicalización de la vida y de los malestares, abriendo la vía de la mercantilización del sufrimiento y la resignificación de los problemas sociales, laborales y económicos, etc. como problemas mentales y de respuestas técnicas sanitarias, poniendo en manos de los expertos las soluciones, desactivando las respuestas y acciones comunitarias (51).

BASES Y FUNDAMENTOS DE LA PERSONALIDAD Y SUS TRASTORNOS

Una reflexión acerca de lo que se entiende por personalidad y los trastornos de la personalidad, nos lleva a hacernos algunos interrogantes: ¿Qué prácticas clínicas deparan estos trastornos? ¿Qué es lo que en base a dichos conceptos y presupuestos, como algo ya establecidos, se elude de saber y como se constituye el andamiaje de saberes y creencias que producen estos nuevos trastornos o enfermedades de la personalidad, las terapias, guías, protocolos, dispositivos, etc. para abordarlos y prevenirlos, que se han cubierto y arrojado bajo el manto y el nombre del saber médico y psicológico?

Se hace preciso una reflexión y un análisis que parta de lo que presupone la práctica basada en tales conceptos y categorías prefijadas y canónicas de personalidad y sus trastornos. Cabe preguntarse: que narrativas construyen (32); de qué prácticas dan cuenta; de qué legitimidad se arrojan y de donde les viene proponerse como aseveraciones y certitudes “científicas” establecidas y dadas.

Dar cuenta, en definitiva, del lugar que ocupan la personalidad y los trastornos de la personalidad como saber de lo psíquico. Plantearse como se convierten en arsenal clínico teórico y práctico de la psicopatología en tanto toman como referencia de las conductas la norma, al orden y la moral.

El arsenal clínico de los ***trastornos de la personalidad crea no solo nuevas patologías, sino que abarca: hipótesis preventivas, terapias, reeducaciones, guías y protocolos, dispositivos, unidades específicas, expertos, etc. Las fronteras se abren indefinidamente para ocuparse de la salud mental de la población. Ya no serán solo la “locura” y los diagnósticos psicopatológicos clásicos, sino que ahora la psiquiatría va a tratar de dar cuenta, de la “normalidad” del sujeto, de su ser, de su existir, de los valores y la moral, del orden, del pensar, de las creencias...*** Podremos interrogarnos sino estamos asistiendo al nacimiento de una nueva psico-neuro-ética, que pretende asignarnos una moral y normatividad adecuada de las conductas y los modos de ser.

Queda latente la pregunta: ¿Qué condiciones históricas, científicas, del desarrollo del saber y de los conocimientos dan validez y razón para determinar la personalidad y sus trastornos?

Al respecto de estos interrogantes que nos planteamos, recogo por ejemplo, entre otros textos de diversos autores, ya citados anteriormente, lo que en el libro de T.Millon, Trastornos de la personalidad (22), en su capítulo 4, al referirse a la evaluación de la personalidad, sus ámbitos, validez e instrumentos, se señala: “No solo no se han desentrañado las complejas e interrelacionadas redes causales que subyacen a los trastornos de la personalidad, sino que no hay un consenso explícito sobre las áreas de contenido en las que se expresan dichos trastornos... Incluso los investigadores de orientación más teórica no están de acuerdo en la naturaleza de las dimensiones básicas de la personalidad...” (pág. 141) “...no se ha establecido conclusión alguna en forma de sistema conceptual único para los trastornos de la personalidad, debido a la inexistencia de una conexión firme y consensuada entre la teoría, la nosología, la evaluación y la intervención...” (pág. 142) ... “los trastornos de la personalidad no son medicalizables...” (pág.143).

Para Ernst (29) “la naturaleza real de los trastornos de la personalidad y de la enfermedad mental en general, ha sido una pesadilla científica y clínica para la psiquiatría” ... “la opinión contemporánea está dividida en cuanto a si los trastornos de la personalidad son, de hecho, trastornos en vez de enfermedades, o pro-

blemas sociales considerados como problemas médicos” (pág. 751). Y recoge de Rosenhan y Seligman que “la documentación sobre los distintos tipos de trastornos de la personalidad es en el fondo anecdótica y se ha desarrollado fuera de la sabiduría clínica...” (pág. 748).

Querer explicar con la personalidad y los trastornos de la personalidad, lo asocial, el mal, el desorden moral, las anormalidades, las desviaciones, la marginalidad, la contestación al sistema, la agresividad y la violencia, etc. es querer fijar, predecir, dar cuenta –complemento de la policía y lo judicial– del buen gobierno de las almas y de las conductas sociales y de la desviación.

Foucault nos señala como se va a pasar de la psiquiatría de los alienistas, cuyos síntomas mórbidos eran la demencia, el delirio, la alucinación, la locura, la manía, la melancolía, etc., sin haber dado cuenta del fundamento y conocimiento de ello, a una psiquiatría que en sus valoraciones sintomatológicas invade las conductas y comportamientos que hasta entonces habían gozado de un estatus disciplinario y judicial. “La psiquiatría –dirá Foucault (33)– ya no necesita la demencia, el delirio, la alienación, puede psiquiatrizar toda conducta sin referirse a la alienación. La psiquiatría se desalieniza.” (pág. 148) ... “va a abrirse ante ella como dominio de su injerencia, como dominio de su valoración sintomática todo el ámbito de las conductas posibles” (pág. 149).

Se psiquiatrizan toda una serie de conductas, desordenes, anomalías, disfunciones, trastornos que son del orden del comportamiento y sus desviaciones, referidas a la norma, la moral, el orden y la función. Y aquí vienen a ocupar un lugar de preferencia y novedad diagnóstica los trastornos de la personalidad.

La norma entendida como regla de conducta, como principio de conformidad y ley informal, la norma a la que se oponen el desorden, la irregularidad, la extravagancia, la excentricidad... La personalidad como desviada, alterada, de la supuesta normalidad, canónica y preestablecida. La norma entendida como regularidad funcional, adaptada y ajustada. Lo normal que se opone a lo patológico, lo mórbido, lo desorganizado, el disfuncionamiento.

La psiquiatría se convierte así en lo médico judicial, dirá Foucault (33): “entre la descripción de las normas y reglas sociales y el análisis médico de los anormales, la psiquiatría será en esencia la ciencia y la técnica de los anormales, de los individuos y las conductas anormales” (pág. 151).

En su análisis de lo que supusieron los cambios en la psiquiatría, *va a señalar Foucault (33), como se pasa, de una psiquiatría de los viejos alienistas que simbolizaban Pinel o Esquirol, a una nueva psiquiatría que va a dejar de lado algo que hasta entonces había sido lo esencial de la justificación de la medicina mental. Lo que deja de lado es simplemente la enfermedad, va a abandonar el delirio, la alucinación mental, la referencia a la verdad... lo que va a tomar en cuenta es el comportamiento y sus desviaciones, sus anomalías, hace de su desarrollo normativo su referencia, deja de un lado lo patológico, conserva su estatus de medicina, lo que posee los efectos de poder, aplicando estos efectos de poder y estatus de medicina a algo que ya no tiene estatus de enfermedad sino de anomalía, la búsqueda de una serie de conductas que hasta entonces solo habían gozado de un estatus moral, disciplinario o judicial.*

Una función de orden y de protección, como ciencia de gestión de los anormales y desordenes individuales, así como del control de la higiene y de la sociedad.

Del viejo y anacrónico manicomio se han abierto los muros para extender sus fronteras y campo de actuación ya no solo a la locura y los trastornos de los alienistas clásicos, sino que va a pretender abarcar toda la salud mental de la población, dando cabida a todo acto y conducta del sujeto y para ello la personalidad y sus trastornos en su definición –indefinida– del ser y los modos de existir, abren el campo y se extienden las intervenciones ad infinitum. Se amplía y aumenta el campo de dominio y se reduce y estrecha el rigor del conocimiento y del saber de los procesos mentales y de la expresión del sufrimiento psíquico.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) ECHEVERRÍA, J. *Antología del lenguaje*. Chile. J.C. Saez edit. 6ª ed. 2003.
- (2) HEIDEGGER, M. *Cartas sobre el humanismo*. Madrid. Tecnos. 2009.
- (3) LLEDÓ, E. *Elogio de la infelicidad*. Valladolid. Cuatro. 2005 ; págs. 44,45.
- (4) GEEKIE, J., REED, J. *El sentido de la locura*. Barcelona. Herder. 2012.
- (5) RIMBAUD, A. *Iluminación; cartas del vidente*. Madrid. Hiperion. 1995.
- (6) LACAN, J. "El estadio del espejo como formador del Yo". En: *Escritos 1*. Madrid. Siglo XXI. 6ª ed. 1978.
- (7) GRACIAN, B. *El Criticon*. Madrid. Espasa. 2011 ; pp 186.
- (8) LACAN, J. *El Yo en la teoría de Freud y la técnica psicoanalítica*. Seminario 2. Barcelona. Paidós. 1983; pág. 251.
- (9) ARENDT, H. *La vida del espíritu*. Barcelona. Paidós. 2002.
- (10) POPPER, K. *El Yo y su cerebro*. Barcelona. Labor. 1982.
- (11) PIRANDELLO, L. *Seis personajes en busca de un autor*. Barcelona. Altaya. 1995.
- (12) LEFORT, C. *El nombre de Uno*. En: Etienne de la Boétie. *Discurso de la servidumbre voluntaria*. Epilogo. Madrid. Trotta. 2008; pág. 83.
- (13) PESSOA, F. *Máscaras y paradojas*. Barcelona. Edhasa. 2ª reimp. 2004.
- (14) PESSOA, F. *El libro del desasosiego*. Barcelona. Seix Barral. 11ª imp. 2014.
- (15) STEVENSON, R.L. *El extraño caso del Dr. Jekyll y Mr. Hyde*. Barcelona. Orbis. 1982.
- (16) ECHEVERRÍA, J. *Tecnopersonas*. Gijón. Trea. 2020; pág. 43.
- (17) SÓFOCLES. *Las Traquinias*. En: Tragedias. Madrid. Gredos. 2002.
- (18) ZAMBRANO, Mª. "Sobre el problema del hombre". *Anthropos. Suplemento 2*, Marzo, Abril 1987; pág. 100.
- (19) ORTEGA Y GASSET, J. *El hombre y la gente*. Madrid. Alianza. 10ªed. 2010.
- (20) ORTEGA Y GASSET, J. *Historia como sistema*. Madrid. Biblioteca Nueva. 2ªed. 2007.

- (21) ARENDT, H. *La condición humana*. Barcelona. Paidós. 1998; págs. 51-55.
- (22) MILLON, T. *Trastornos de la personalidad*. Barcelona. Masson. 1999.
- (23) KRAEPELIN, E. *Introducción a la clínica psiquiátrica*. Madrid. Nieva. 1988.
- (24) HESS, H., HESPERTZ, S. “Trastornos de la personalidad”. En Berrios, G. *Una historia de la psiquiatría clínica*. Madrid. Triacastela. 2012; pág. 740.
- (25) TALBOTT, J.A. *Tratado de psiquiatría*. Barcelona. Ancora. 2ªed. 1996.
- (26) SCHNEIDER, K. *Las personalidades psicopáticas*. Madrid. Morata. 7ª ed. 1974.
- (27) SCHNEIDER, K. *Psicopatología Clínica*. Madrid. Fundación Archivos de Neurobiología. 1997.
- (28) DSM 5. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid. edit. Panamericana. 2014.
- (29) ERNST, W. “Trastornos de la personalidad”. En: Berrios, G. *Una historia de la psiquiatría clínica*. Madrid. Tracastela. 2012.
- (30) BACA BALDOMERO, E. “Trastornos de la personalidad”. En: G. DE LA RIVERA, VELA, A. *Manual de psiquiatría*. 1980.
- (31) MORENO DIAZ, J.M. “El remordimiento y los trastornos de la personalidad”. *Anales de psiquiatría*, vol. 17, nº1, 2001; págs. 8-12.
- (32) HUERTAS, R. *Historia cultural de la psiquiatría*. Madrid. Edt. Los libros de la catarata. 2012.
- (33) FOUCAULT, M. *Los anormales*. Madrid. Akal. 2001.
- (34) MORA, F. *El cerebro humano. Desafío para el S.XXI*. Eidon nº 33, Mayo-Junio 2010;; págs. 48-51.
- (35) IACOBONI, M. *Neuronas espejo*. Katz (edición digital). 2006; pág. 146.
- (36) DOIGDE, N. *El cerebro se cambia a si mismo*. Madrid. Aguilar. 2008.
- (37) PASCUAL LEONE, A., KEENAN, J. *Transcranial magnetic stimulation and neuroplasticity*, 37, 1999: 207-217.
- (38) KANDEL, E. *En busca de la memoria*. Buenos Aires. Katz. 2007; págs. 438,439.
- (39) BUENO I TORRENS, D. *Cerebroflexia*. Barcelona. Plataforma editorial. 2016.
- (40) PETEIRO, J. *El autoritarismo científico*. Malaga. Gomez Navarro edit. 2010.

- (41) LEVONTIN, R.C., ROSE, S. *No está en los genes*. Barcelona. Drakonton bolsillo. 2009.
- (42) LOPEZ SANTIN, J.M., MOLINS, F. “Trastornos de la personalidad en el DSM5. Una aproximación clínica”. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2013; 33(119):497-510.
- (43) VALLS PLANAS, R. *Del Yo al nosotros*. Barcelona. Laia. 1971;pp99.
- (44) SACKS, O. *Un antropólogo en Marte*. Barcelona. Anagrama. 2001.
- (45) HUBERT, G., GROSS, G. “Comentario a las Personalidades psicopáticas”. En: SCHNEIDER, K. *Psicopatología Clínica*. Madrid. Fundación Archivos de Neurobiología. 1997.
- (46) FOUCAULT, M. *El poder psiquiátrico*. Akal. 2005.
- (47) MILLER, J.A. Epílogo. “Enseñanzas de la presentación de enfermos”. En: CLEREMBAULT, G.G. *El automatismo mental*. Dor. 1995; pág. 281
- (48) PALOMERA, V. *La personalidad*. Barcelona. Montesinos. 1985; pág. 80.
- (49) GALVAN, V. (coord.). *El evangelio del diablo. Foucault y la historia de la locura*. Madrid. Biblioteca Nueva. 2013; pág. 20.
- (50) PEREÑA, F. “El asesinato de la psiquiatría comunitaria”. *Siso Saude* n° 54-55. Invierno 2014: 307-341.
- (51) DE LA MATA, I , ORTIZ LOBO, A. “La colonización psiquiátrica de la vida”. *Archipiélago* n°76, 2007: 39-50

La esencia de la perversión

Manuel Fernández Blanco

Psicólogo clínico. Psicoanalista ELP-AMP A Coruña

Correspondencia: mafeba@mafeba.es

Los fantasmas neuróticos, es decir los comunes, las fantasías del neurótico, su modo de goce, dependen de su *père-version*. Están, como decía Lacan, *père-versamente* orientados (jugando con la homofonía en francés entre versión del padre y perversión).

La sexualidad humana tiene un fundamento perverso. Lo tiene, aunque solo sea porque siempre tiene un componente fetichista. Este componente fetichista está derivado de que la elección del *partenaire* erótico se hace depender siempre de un rasgo. Solo por esto, por el carácter fetichista de la sexualidad humana, todos participamos de la perversión.

Existe el modo hombre del fetichismo que suele pasar por recortar un rasgo del cuerpo del Otro. Jacques Lacan se pregunta, en *Televisión*, lo siguiente: “¿Puede decirse por ejemplo que, si El hombre quiere a La mujer, solo la alcanza encallando en el campo de la perversión?”¹ Alude así al hecho de que el hombre solo puede encontrar a la mujer como objeto en su fantasma. La mujer, por su parte, puede hacer semblante de objeto del fantasma masculino para obtener el signo de amor. Del lado femenino también encontramos entonces el fetichismo, bajo la forma del fetichismo del amor, lo que lleva a la mujer a la erotomanía común, al deseo de ser la elegida. Por eso Lacan dirá, también en *Televisión*, lo siguiente: “Ella se presta más bien a la perversión que considero que es la de El hombre. Lo que la conduce a la

1. Lacan, Jacques: “Televisión”, en *Otros escritos*. Buenos Aires, Paidós, 2012, p. 563.

maskarada conocida, y que no es la mentira que unos ingratos, apegados a *El hombre*, le imputan. Más bien es el por-si-acaso del prepararse para que el fantasma de *El hombre* en ella encuentre su hora de verdad”.²

No existen fantasmas masculinos y femeninos, existen posiciones masculinas y femeninas en el fantasma. Freud descubrió que la estructura del fantasma de los neuróticos es perversa. En *Tres ensayos para una teoría sexual*, encontramos una fórmula de Freud que ha sido elevada a la categoría de un paradigma. Se trata de la siguiente: “*La neurosis es, por decirlo así, el negativo de la perversión*”.³ Este planteamiento clásico llevó a privilegiar el abordaje de la perversión a partir de los fantasmas de los neuróticos, perdiéndose de este modo la especificidad de la perversión como tal. Pero los neuróticos no son perversos. Son, como mucho, perversos fracasados. Los neuróticos sueñan, o fantasean, con lo que los perversos realizan, pero retroceden ante la posibilidad de actuar la perversión. Para el neurótico solo es posible actuar el fantasma en un momento de pasaje al acto. Solo está a su alcance, como mucho, una perversión transitoria. Pero, exceptuando esta situación clínica, para el neurótico no es posible el acto perverso más que en su fantasía. El neurótico no tiene a su disposición la voluntad de goce que domina el perverso. Por eso, es necesario distinguir los fantasmas neuróticos y las perversiones.

En su Seminario 16, *De un Otro al otro*, Lacan dice: “Devolver *a* a ese del que proviene, el Otro, es la esencia de la perversión”.⁴ De ahí extraje el título para este texto: *La esencia de la perversión*. He tomado apoyo fundamentalmente en este Seminario de Lacan por considerar que es ahí donde elucida de modo más claro la especificidad del mecanismo perverso y desarrolla una clínica diferencial de las perversiones. También me referiré al comentario de este Seminario de Lacan realizado por Jacques-Alain Miller.⁵

Si a Lacan le interesa especialmente la perversión en su Seminario 16 (dictado

2. *Ibid.*, p. 566.

3. FREUD, SIGMUND: “Tres ensayos para una teoría sexual”, en *Obras Completas* (9 tomos). Madrid, Biblioteca Nueva, 1972. Tomo IV, p. 1190.

4. LACAN, JACQUES: El Seminario, libro 16, *De un Otro al otro*. Buenos Aires, Paidós, 2008, p. 275.

5. MILLER, JACQUES-ALAIN: “Una lectura del Seminario *De un Otro al otro*”, en *Freudiana* 53, pp. 7-55.

en el curso 1968-1969), es porque la perversión implica la operación de restauración del objeto *a* al campo del Otro. Por eso dice que el perverso “[...] le da a Dios su verdadera plenitud”.⁶ El perverso busca reparar la falta fálica en el Otro, por eso el Otro del perverso es el *hommelle* (el *hombrella*).⁷ A partir de la lección XVI de este Seminario, Lacan introduce la clínica de la mano de la perversión. Si bien Lacan abordará en las últimas lecciones la clínica de la obsesión y de la histeria, no es casual el privilegio dado la perversión dentro de la lógica del Seminario 16.

Lacan sitúa en la lección XVI una división paralela entre las dos perversiones que comportan la mirada (exhibicionismo y voyeurismo) y las dos que comportan la voz (masoquismo y sadismo). Nos aporta así una clínica diferencial de las perversiones.

Señala, de inicio, que se trata de situar la función del objeto *a* y alude a la sublimación y al papel que juega, en la sublimación, el objeto *a*. Se refiere a la posibilidad de que el objeto *a* pueda funcionar “como equivalente del goce”⁸ a nivel de la sublimación. Pero esto se correspondería más bien con el abordaje que hace Lacan de la mirada y la obra de arte en el Seminario 11. Lacan dice allí: “Aún dentro de la vaguedad, digamos que la obra procura sosiego, que reconforta a la gente, mostrándoles que algunos pueden vivir de la explotación de su deseo. Pero, para que procure a la gente tanta satisfacción, tiene que estar presente también otra incidencia –que procure algún sosiego a su deseo de contemplar”–.⁹ Lacan, entonces, situaba la contemplación de la obra de arte en su función de *doma-mirada*, como algo que eleva el espíritu e incita al renunciamento. Veremos que aquí, apoyándose en la perversión, toma otra perspectiva del objeto mirada, una perspectiva que no es la de domesticarla.

Lacan aclara que el abordaje de la perversión, desde Freud, se hizo a partir de los fantasmas de los neuróticos. La caída de la teoría de la seducción,

6. LACAN, JACQUES: El Seminario, libro 16, *De un Otro al otro*, p. 266.

7. *Ibid.*, p. 267.

8. *Ibid.*, p. 226.

9. LACAN, JACQUES: El Seminario, libro 11, *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Barcelona, Paidós, 1987, p. 118.

del trauma derivado de la seducción, puso en primer plano, para Freud, la estructura perversa del fantasma neurótico. Lacan va a considerar que abordar la perversión desde la neurosis deja en la oscuridad la especificidad de la clínica de la perversión. Por eso se refiere a Krafft-Ebing y a Havelock Ellis que abordaron directamente el campo de la perversión.

La tendencia a leer en el texto de la neurosis un deseo perverso reprimido, situando la neurosis misma como una defensa frente a la perversión, no permite aclarar la especificidad de la clínica de la perversión. Lacan no se contenta con la perspectiva de la perversión como reverso de la neurosis y enfoca la clínica del sujeto perverso como tal. Y, lo primero que adelanta, es que “la función que desempeña el perverso está lejos de fundarse en un desprecio hacia el otro, el *partenaire*”.¹⁰ Y, a continuación, nos da la clave del encaje de la clínica de la perversión en el conjunto del Seminario. Es cuando dice: “[...] articularé que el perverso se dedica a tapan el agujero en el Otro. Para realzar las cosas, diré que hasta cierto punto es partidario de que el Otro existe. Es un defensor de la fe”.¹¹ Lacan define al perverso, desde esta perspectiva, como “un singular auxiliar de Dios”.¹² A lo que está apuntando es a que el sujeto perverso intenta asegurar la consistencia del Otro que es inconsistente, precisamente porque en el Otro falta el goce. Goce que el perverso quiere restituirle.

Para separar las aguas entre el neurótico y el perverso, respecto del objeto, tenemos que ir primero al final de esta lección, la XVI, al apartado cuatro. Allí Lacan, tomando apoyo en el grafo, que reintroduce de nuevo en esta lección, nos dice que el problema del neurótico se deriva del intento imposible de hacer encajar el objeto *a*, en el plano imaginario, con la imagen narcisista. Se remite aquí a su escrito “*Observación sobre el informe de Daniel Lagache*” y afirma que “si el neurótico se encuentra confrontado con los problemas narcisistas, es solo en la medida en que quiere ser el Uno en el campo del Otro”.¹³

Lacan se interroga sobre el narcisismo primario para decir que no existe,

10. *Ibid.*, p. 230.

11. *Ibid.*, pp. 230-231.

12. *Ibid.*, p. 231.

13. *Ibid.*, p. 236.

y que pensar en un narcisismo primario es caer en la trampa del neurótico. La trampa de creer en una unidad primaria, en un complemento, en hacer Uno con el cuerpo de la madre, o con el seno, en el mito de una unidad primitiva, de un paraíso perdido por el trauma del nacimiento. Pero la unión narcisista, por ejemplo con la madre en el amamantamiento, la fantasía de complementariedad, esconde la pulsión oral. El seno como imagen no es el seno como objeto *a*. Lacan señala que es solo “a nivel del narcisismo secundario, en su forma caracterizada como captura imaginaria, donde se presenta para el neurótico, de una manera completamente distinta de lo que ocurre en el perverso, el problema del objeto *a*”.¹⁴

La dificultad para acceder al objeto *a*, a través de la neurosis, es la de que el neurótico lo trata en el plano imaginario, en el plano del yo como imagen del otro, que elude la dimensión pulsional de la mirada. Por eso al neurótico le resulta imposible “hacer encajar el objeto *a* en el plano imaginario, en conjunción con la imagen narcisista”.¹⁵ Esto lleva a Lacan a recurrir a la clínica de la perversión para situar la auténtica función del objeto *a*.

Había situado, en las lecciones anteriores de este Seminario, el lugar del Otro incluyendo un vacío, un vacío de goce. El goce como exterior al Otro. El perverso es quien se dedica a tapan el agujero en el Otro, se empeña en hacer existir al Otro, restituyéndole su goce. Por eso la maniobra del perverso no puede ser juzgada como desprecio al Otro. Si hay desprecio, en el perverso, es por lo imaginario. El perverso va más allá de la imagen narcisista para apuntar al goce.

Como señala Miller en su comentario de este Seminario, Lacan sitúa en esta lección una división paralela entre las dos perversiones que comportan la mirada (exhibicionismo y voyeurismo) y las dos que comportan la voz (masoquismo y sadismo). Un primer apunte clínico a destacar es que Lacan rechaza cualquier complementariedad entre sadismo y masoquismo o entre exhibicionismo y voyerismo. Sabemos, por ejemplo, que si un masoquista se dirigiese a un sádico, para pedirle que le pegase, si el sádico realmente lo

14. *Ibid.*, p. 237.

15. *Ibid.*

es, le respondería negándose a su demanda.

Lacan comienza hablando del exhibicionista, para aclarar que el objetivo fundamental del exhibicionista no es provocar el temor, el espanto, o el pudor: “Lo esencial es, propiamente y ante todo, hacer aparecer en el campo del Otro la mirada”.¹⁶ Para eso, tiene que atravesar el campo definido por el principio del placer (como límite al goce). Por eso “El exhibicionista vela por el goce del Otro [...] En este campo del Otro, en la medida en que se encuentra desierto de goce, el acto exhibicionista se plantea para hacer surgir allí la mirada. Se ve entonces que no es simétrico lo que ocurre con el voyeur”.¹⁷ La maniobra del exhibicionista supone un forzamiento, un atravesamiento del principio del placer, para introducir el Otro del goce.

La maniobra del voyeur es diferente: “Lo que importa al voyeur –y a menudo por haber profanado–, de alguna manera, todo lo que puede ser visto es justamente interrogar en el Otro lo que no puede verse”.¹⁸

Lacan subraya que, por eso, el objeto del deseo del voyeur puede encarnarse en el cuerpo esmirriado, en la silueta de una jovencita, en lo inasible mismo de una ranura donde falta el falo. Aquí Lacan introduce una posible causa del voyeurismo que resulta, al menos para mí, enigmática. Dice lo siguiente: “Basta que el niño se haya visto lo suficientemente maltratado como para que nada de lo que pudiera engancharse para él en este misterioso plano parezca atraer la atención de un ojo indiferente, y hete aquí que tanto más proyectará esta cosa relegada en él para restituirla en el Otro, para suplementar el campo del Otro, desconociendo incluso lo que allí oficia de sostén. Debido a esta ignorancia, el goce para el Otro, es decir, el fin mismo de la perversión, en cierta medida se escapa”.¹⁹ Lacan tal vez apunte aquí al maltrato, que puede suponerle al niño, un ojo indiferente ante su tener fálico como origen del intento de restitución al Otro de lo relegado en él.

Estos desarrollos le llevan a insistir a Lacan en la idea de que una pulsión no es la inversa de la otra, que son disimétricas y que la función esencial

16. *Ibid.*, p. 231.

17. *Ibid.*

18. *Ibid.*, p. 232.

19. *Ibid.*

del perverso es arreglar, suplementar, lo que falta en el Otro. Pero el voyeurista, al contrario que el exhibicionista, aporta su mirada, paga con el precio de su mirada (frente a la inmovilidad del exhibicionista). De ahí el recordatorio del pasaje de *El ser y la nada*, de Sartre, en el que el voyeur escucha los pasos que indican que ha sido sorprendido mirando. Mirando, por el ojo de la cerradura, lo que no puede verse, lo que no existe, y que él intenta de suplementar con la mirada como elemento libidinal. Es la diferencia entre ver y mirar. La mirada es la visión erotizada, ese objeto que no puede verse, la auténtica sustancia de la visión.

Lacan pasa, a continuación, al análisis del sadismo y el masoquismo. Comienza aclarando que la clave de estas perversiones no está en el dolor. El dolor funciona como señuelo, como máscara, que impide apreciar lo que está realmente en juego en la perversión sadomasoquista.

Lacan señala a su auditorio para decir que, como neuróticos, se les escapa lo que es la perversión, y que soñar con la perversión no es ser perverso. Soñar con la perversión, sirve al neurótico para sostener el deseo. Pero el neurótico, al contrario que el perverso, no es un cruzado, un defensor de la fe.

Respecto a los sadomasoquistas aclara, de inicio, que están siempre separados. De lo que se trata es de saber dónde ubicar, en cada caso, el objeto *a*. Lo que está en juego, en ambos casos, es el objeto *a* en su dimensión de voz. Vemos como, tras haber privilegiado el objeto mirada, destaca el objeto voz. No destaca, cuando se trata de la perversión, el objeto oral o el objeto anal. Estos objetos, como objetos de la demanda, son prevalentes en la neurosis, pero no nos sirven para explicar la perversión. La demanda en la neurosis es siempre, en el fondo, demanda de amor, demanda de presencia del Otro. En la perversión, si hay demanda, es demanda de presencia del objeto de goce en el Otro. Se trata, en la perversión, no de la demanda de amor, sino de la voluntad de goce que anula al Otro del amor. El perverso nos enseña que, cuando aparece la voluntad de goce, desaparece el Otro del amor. Esto nos permite formular una pregunta inquietante, al menos en la perspectiva del neurótico: ¿cuándo tú gozas, me amas?

En el sadismo, si se recurre al dolor, es para despojar al sujeto de la fidelidad a su palabra (como en la práctica de la tortura), para obtener la confesión.

Se trata de que el sujeto traicione su palabra, el pacto de fidelidad. El sádico intenta destruir la dimensión de la palabra para que aparezca la voz. El sádico busca dejar al sujeto sin palabra, sin el valor de la palabra, para darle toda su dimensión al goce sádico de la voz.

Si el sádico despoja al sujeto de su palabra, el masoquista renuncia a ella de partida. Dice Lacan: “[...] al masoquista florido, el bello, el verdadero, Sacher Masoch mismo, organiza todo de manera de ya no tener la palabra. ¿Cómo puede estar interesado en esto? Expliquémonos. Se trata de la voz. Lo esencial de la cosa es que el masoquista haga de la voz del Otro, por sí solo, eso que va a garantizar respondiendo como un perro”.²⁰

La voz para el masoquista no es la que escucha en su oreja, sino la que completa al Otro. La función de la voz es remitida al Otro, como suplemento del Otro. Cuanto más arbitraria sea esta voz, más acuerdo obtendrá del masoquista para garantizar el goce del Otro. Ya que el masoquista, con su obediencia, es quien maneja los hilos de la escena.

En el sadismo, los excesos y las torturas van acompañados siempre de una orden, de la voz. Miller aclara que “el sádico paga con esa pieza suelta que es su propia voz”.²¹ Una voz que no provoca ninguna revuelta. Lacan añade: “Claramente el sádico no es más que el instrumento del suplemento dado al Otro, pero que en este caso el Otro no quiere. No quiere, pero obedece de todos modos”.²²

Lacan se sirve de todo esto para situar como la estructura de las pulsiones revelan un agujero topológico que es capaz de fijar por sí solo toda una conducta subjetiva.²³

Jacques-Alain Miller, en su comentario, incluye un esquema²⁴ muy simple que resulta clarificador de todo este desarrollo, es el siguiente:

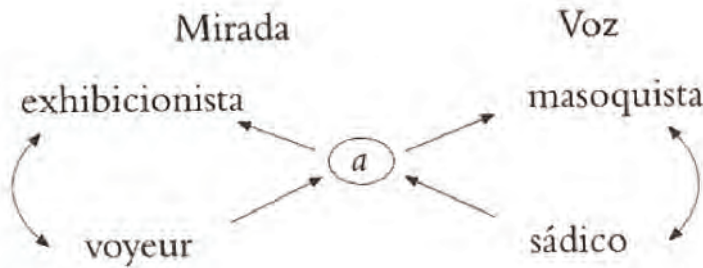
20. *Ibid.*, p. 234.

21. MILLER, JACQUES-ALAIN: “Una lectura del Seminario *De un Otro al otro*”, p. 25.

22. LACAN, JACQUES: El Seminario, libro 16, *De un Otro al otro*, p. 236.

23. *Ibid.*

24. MILLER, JACQUES-ALAIN: “Una lectura del Seminario *De un Otro al otro*”, p. 23.



Vemos cómo se distribuyen las distintas posiciones perversas por pares (exhibicionista y voyeur por un lado, y masoquista y sádico por otro) en función del objeto en juego (la mirada o la voz). Vemos también, en cada caso, quien aporta el objeto.

Un apunte final sobre la clínica de la perversión. Al perverso lo nombramos en masculino. El exhibicionista se dirige a una mujer para hacer surgir la mirada. El voyerista dirige su mirada a la silueta de la jovencita. Los auténticos sádicos y los auténticos masoquistas son hombres. Cuando se trata de perversión, hablamos de la sexualidad masculina. No se encuentran mujeres en el campo de las perversiones, tal vez por su relación con la castración. En cualquier caso conviene evocar que, si tuviésemos que explorar el campo de la perversión en la mujer, tendríamos que enfocarla al campo de la relación con los hijos.

El perverso es el esclavo del goce del Otro. Los neuróticos, que somos perversos fracasados y que tenemos que apañarnos con la perversión del fantasma, nos imaginamos que el perverso goza mucho más, por eso nos fascinan. Pero los perversos no son gozosos tranquilos, son esclavos del goce del Otro. Por eso intentan con su acto restituir el goce en el Otro, restituir el *a* al Otro, provocando su angustia y división.

Inmigrantes y salud mental

Ramón Ramos Ríos

Psiquiatra

Unidade de Saúde Mental de Mollavao, Pontevedra.

Correspondencia: Ramon.Ramos.Rios@sergas.es

RESUMEN

A partir de la atención realizada a un menor procedente de Marruecos, se revisan varias de las cuestiones que suscita la relación entre salud mental e inmigración. Entre estas, la mayor incidencia de trastornos mentales, el riesgo de sobrediagnóstico, los prejuicios en la atención a este colectivo o la influencia del estrés y las pérdidas sufridas en el viaje migratorio. Por otra parte se comentan algunas de las características de los menores migrantes que condicionan su psicopatología y su pronóstico.

PALABRAS CLAVE: Psiquiatría transcultural, migraciones, salud mental, psicopatología.

ABSTRACT

Based on the care given to a minor from Morocco, several of the issues raised by the relationship between mental health and immigration are reviewed. Among these, the higher incidence of mental disorders, the risk of overdiagnosis, prejudices in the care of this group or the influence of stress and losses suffered on the migratory journey. On the other hand, some of the characteristics of migrant minors that determine their psychopathology and their prognosis are discussed.

KEYWORDS: Cross-cultural psychiatry, migration, mental health, psychopathology.

INTRODUCCIÓN

A partir de la atención de un menor inmigrante no acompañado procedente de Marruecos para cuya asistencia se requirió la coordinación de varios dispositivos del servicio de Psiquiatría y del servicio de menores de la Xunta, surgen varias cuestiones relacionadas con la salud mental de este grupo para las que se trata de dar respuesta con esta revisión:

- ¿Influyen factores culturales en la clínica de los inmigrantes?
- ¿Es mayor la incidencia de psicosis en migrantes?
- ¿Hay trastornos específicos de la migración?
- ¿Qué sabemos de los menores no acompañados?
- ¿Qué papel tiene el consumo de disolventes?
- ¿Qué sesgos y prejuicios se dan en la atención a inmigrantes?
- ¿Qué respuesta se debe dar?

INFLUENCIA DE FACTORES CULTURALES EN LA CLÍNICA DE LOS MIGRANTES

La psiquiatría transcultural es la subespecialidad dentro de la disciplina que se ocupa de delimitar la influencia de factores culturales tanto en la expresión clínica de los pacientes como en la actuación de los psiquiatras, es decir, tanto en el nivel de las manifestaciones como en el de los tratamientos (1). Se puede definir la cultura como el conjunto de representaciones, símbolos, ideologías y estilos de vida de un grupo humano. Tener en cuenta la influencia de la cultura en la práctica clínica es importante para una adecuada relación terapéutica, para dotar de significado las experiencias del paciente y para diferenciar lo patológico de lo no patológico. Ante un paciente de otra cultura el clínico debe reconocer la existencia de barreras idiomáticas y/o culturales, prejuicios, sesgos o estereotipos que pueden condicionar los resultados del encuentro terapéutico.

En las últimas décadas se ha producido un cambio desde una “vieja” Psiquiatría transcultural, que consistía sobre todo en un glosario de síndromes culturales o diagnósticos exóticos, hacia una “nueva” Psiquiatría transcultural que además trata de incorporar a la clínica la multiculturalidad en un mundo globalizado, donde un porcentaje elevado de la población son migrantes, refugiados o desplazados internos. Abundando en esta idea puede ser especialmente llamativa la siguiente cita de Wing (1984), citado por Navarro y col. (2): *Respecto al concepto de Culture-Bound Syndrome, el psiquiatra que ejerce en el Tercer Mundo se siente algo perplejo y divertido cuando los psiquiatras occidentales plantean como hipótesis que aquello que se da en los hospitales de Europa o EE UU es típico y no cultural, en tanto que los fenómenos psiquiátricos observados en la periferia son atípicos y ligados a la cultura.*

Existen diferencias culturales en la atribución causal de los trastornos mentales que se trasladan a las expectativas que sobre su tratamiento tienen las diferentes poblaciones. Un ejemplo de esto lo encontramos al comparar las respuestas sobre el origen de las enfermedades mentales entre una muestra española y otra marroquí, en la que se aprecian diferencias que aún salvando el tiempo transcurrido entre ambos estudios, puede que no se hayan modificado mucho:

–En un estudio en Casablanca en que se encuestó a familiares de personas con trastorno mental el orden de mayor a menor frecuencia fue: 1) Eventos estresantes, 2) Afectación orgánica, 3) Brujería, 4) Sustancias, 5) Herencia (3).

–En Madrid, en un estudio de población general, el orden fue el que sigue: 1) Consumo de drogas, 2) Trastorno bioquímico del cerebro, 3) Anomalía cerebral, 4) Pérdidas, 5) Experiencias negativas (4).

Se mantendría la distancia entre un modelo biomédico que puede ser el asumido mayoritariamente en nuestro entorno; con otro tradicional cultural que sigue muy extendido en los países de los que procede gran parte de la población migrante en nuestro país, y en concreto los migrantes del Magreb. De ahí la importancia de flexibilizar nuestro modo de aproximarnos a la comprensión de los trastornos mentales para dar cabida a otras explicaciones, conocer las particularidades de las distintas culturas que puedan estar representadas en la población que debemos atender y respetar las formas de búsqueda de ayuda tradicionales para conseguir la implicación en el tratamiento.

En relación a la influencia cultural en los pacientes procedentes de Marruecos nos encontramos con particularidades con respecto a otros países musulmanes por la convivencia del Islam con otras tradiciones más antiguas con las que se entremezcla (5). Existen además diferencias entre entornos urbanos y más rurales, produciéndose un cambio en las presentaciones clínicas con delirios entre temas más tradicionales y globalizados. También hay diferencias culturales entre árabes y bereberes.

La creencia en posesiones, en hechizos y en el “mal de ojo” sigue estando extendida. Esto supone un modelo de enfermar distinto al de nuestra cultura que contrapone una etiología externa frente a una interna en el modelo biomédico. Además también cambia el modo de abordarlo, el modelo tradicional llama a la implicación de toda la comunidad mientras que en nuestro medio lo más habitual va a ser la búsqueda de una solución individual. Es diferente también la concepción de la locura con mayor tolerancia ante determinadas manifestaciones: el loco *majnun* no lo es por el contenido del delirio sino por la incoherencia, la inadecuación de su comportamiento o la agitación. La creencia en las posesiones por *djinn* (*jnouns* en plural, espíritus que pueden ser benéficos o maléficos) está muy extendida en el Magreb y no puede catalogarse como delirante. Lógicamente todo esto influye en el tratamiento, pudiendo recurrirse a la curación por estudiosos del Corán como los *fqih*, santones como los *murabit* o videntes como los *chouwaffa*. No se da la separación cuerpo-alma en el sentido cartesiano como en nuestra cultura, sino que la expresión somática es la norma, tiene un sentido metafórico que el sanador debe saber descifrar. A diferencia de la cultura occidental influida por la moral judeo-cristiana, la posesión y el trastorno mental no se interpretan como un castigo y la culpabilización es infrecuente. En los trastornos afectivos es menos frecuente la expresión de tristeza o apatía, ideas de culpa o suicidio; aparecen síntomas somáticos, fenómenos de apariencia psicótica y disociativos (6).

Por todo esto ante la ansiedad por diagnosticar, debemos tener prudencia por estas particularidades, ya que no tenerlas en cuenta puede derivar en el aumento de diagnósticos de psicosis en inmigrantes y un mayor riesgo de medicación antipsicótica y hospitalización involuntaria en pacientes con trastornos afectivos.

Además del riesgo de patologizar, se da el riesgo de no interpretar males-tares somáticos que son la expresión más habitual del malestar psíquico (aunque la distinción en esta cultura no es tan clara).

Una opción para el diagnóstico en estas situaciones puede ser el recurso a instrumentos como la Formulación cultural de casos psiquiátricos de la DSM que contempla la inclusión de la identidad cultural del paciente, conceptualizaciones culturales del malestar, factores de estrés, vulnerabilidad y resiliencia propios del ambiente social del sujeto y elementos culturales de la relación clínico - paciente (7).

DATOS SOBRE LA INCIDENCIA DE PSICOSIS EN MIGRANTES

Un dato muy consolidado en la epidemiología psiquiátrica es la existencia de un incremento en la incidencia de esquizofrenia entre migrantes. Este aumento está presente en la primera generación (RR 2.7 (95% [CI]=2.3-3.2) (8). Pero también en las siguientes generaciones. Además esta incidencia es mayor en el momento de la migración, pero también años después.

Se han dado diferentes explicaciones para este fenómeno entre las que se suelen citar las diferencias demográficas con los autóctonos, la mayor prevalencia de psicosis en la población de origen, la mayor susceptibilidad en las personas que deciden migrar, el estrés migratorio o el sobrediagnóstico.

Actualmente se tiende a desechar las tres primeras hipótesis con distintas observaciones que se les contraponen (como los datos de prevalencia de esquizofrenia que son similares en todos los países o los entornos culturales en los que los que migran son los considerados más aptos). En relación con el estrés migratorio se suele dar especial importancia a los movimientos de un entorno rural a otro urbano. Se considera la presencia de personas de la comunidad de origen (densidad étnica) como un factor protector. Las situaciones de estrés ligadas con el racismo también se han relacionado con la incidencia de los trastornos psicóticos.

Datos recientes como los aportados por el estudio multicéntrico EUGEI (interacciones gen-ambiente) que incluyó la captación de casos incidentes de psicosis en Galicia (en el área de Santiago), confirman también un incremento de incidencia en minorías étnicas con una tasa de incidencia relativa de 1.6; 95% CI, 1.5-1.7 (9).

TRASTORNOS ESPECÍFICOS DE LA MIGRACIÓN.

El impacto de los movimientos migratorios en la salud mental se da en los migrantes, en la comunidad de la que salen y en la sociedad que los recibe. Podemos considerar la migración como factor de riesgo para trastornos mentales (10), sobre todo por el estrés migratorio y el duelo de la migración; nos extenderemos en este apartado en explicar en que consisten.

En las últimas décadas se han incrementado el número de migrantes (en torno a 200 millones en todo el mundo y en aumento exponencial) y se han endurecido las condiciones de las migraciones. Habitualmente en la decisión de un sujeto de migrar influyen factores externos (empuje por situaciones adversas en la comunidad de origen, atracción por mayores oportunidades, obstáculos) y/o internos (individuales o grupales). Se han dado cambios que han modificado el modo en que se producen estos desplazamientos de personas; actualmente en muchas migraciones el factor principal es el empuje por el riesgo de muerte inminente, tras haber sufrido múltiples pérdidas y situaciones de estrés extremo, dando lugar a duelos difíciles de elaborar (11). Además se incrementan los obstáculos, se ven expuestos a rupturas familiares, exclusión social, incluso criminalización (podemos encontrar múltiples ejemplos de estas situaciones en los medios de comunicación casi cualquier día).

ESTRÉS MIGRATORIO

Achotegi describe el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple – Síndrome de Ulises (escoge esta denominación para dignificar la experiencia de estos migrantes) (12, 13). El autor identifica unos estresores comunes a la experiencia migratoria actual: la soledad forzada, el fracaso del proyecto migratorio y la ausencia de oportunidades, la lucha por la supervivencia, el miedo, el terror, la indefensión. Ubica este trastorno entre una respuesta adaptativa y un nuevo constructo sin lugar en las categorías actuales, ya que no es un trastorno de ansiedad (la ansiedad es proporcionada) ni es depresión (hay lucha, no hay apatía ni ideas de muerte), y tampoco se puede clasificar con el Trastorno por estrés post-traumático o trastornos de su grupo, debido a que los estresores son múltiples y crónicos. Aparecen

entonces sujetos entre dos aguas, entre el riesgo de medicalizar en exceso y el de banalizar estos sufrimientos. Pero, en todo caso, el ámbito sanitario será uno de los lugares de expresión de estos malestares que demandan una respuesta. La descripción del síndrome no se centra tanto en la explicación cultural como en la causalidad social, para ejemplo este testimonio de un inmigrante africano que reproduce: *A mí el mal de ojo no me lo ha echado el brujo ni el hechicero. A mí el mal de ojo me lo han echado las leyes que tienen ustedes en este país.*

Achotegi enumera los síntomas del Síndrome de Ulises:

- Tristeza y llanto, reactivos, las propias de un duelo. No hay apatía, ideas de muerte o pérdida de la actividad social o laboral.
- Preocupaciones recurrentes sobre los estresores migratorios.
- Insomnio.
- Somatizaciones, cefalea (in-migraña), fatiga.
- Síntomas del área confusional, olvidos, sensación de embotamiento, fabulaciones. Síntomas que tienen que ver con mecanismos de negación, regresiones, e incluso con la situación irregular en el caso de menores que deben mentir para sobrevivir.

DUELO MIGRATORIO

El migrante debe elaborar un duelo con unas características diferenciales (12):

- Es un duelo parcial (por una separación del objeto, no una pérdida real; es, en un principio, reversible).
- Es un duelo recurrente (se reactiva una y otra vez con cada experiencia que pone en primer plano las pérdidas e imposibilidad de su elaboración).
- Es un duelo múltiple: por la familia y seres queridos, por la lengua, por la cultura (estrés aculturativo), por el estatus social, por la tierra, por el grupo de pertenencia, por la propia integridad física.
- Produce un cambio de identidad en un sentido negativo que lleva parejos unos riesgos como pueden ser el consumo de tóxicos, las conductas anti-sociales o el radicalismo.

- Da lugar a regresiones, situación que puede ser más frecuente por ejemplo ante servicios asistenciales.
- Da lugar a ambivalencia respecto al lugar de origen y al destino de la migración.
- Es transgeneracional, sus consecuencias se pueden prolongar a las siguientes generaciones.

Para Volkan (2019) el migrante, el refugiado, el desplazado interno, se puede convertir en un doliente crónico, incapaz de integrar la experiencia de la migración en una nueva identidad que aglutine elementos de su herencia cultural y la nueva cultura. Puede permanecer en esta situación durante años aferrado a determinados objetos (objetos vinculantes) o acciones repetidas (fenómenos vinculantes). Los niños o adolescentes del grupo pueden ser arrastrados en estas dinámicas, sufren duelos dobles (el duelo migratorio y por la niñez perdida) o se convierten en “estatuas vivientes”, recordatorio perenne de lo perdido (11).

TRASTORNOS MÁS FRECUENTES Y CARACTERÍSTICOS

En relación con estos estresores y duelos, los mecanismos de defensa, la vulnerabilidad del sujeto o la existencia de antecedentes previos, podrán producirse, por supuesto, todo tipo de trastornos, pero:

- Las reacciones tipo bouffée délirante y los trastornos disociativos son más frecuentes en esta situación.
- Los cuadros depresivos con delirios paranoides más que ideas de culpa o pensamientos de muerte también pueden ser característicos,
- El estrés aculturativo, la falta de adaptación y la marginación van a facilitar la aparición de trastornos por consumo de sustancias.

SOBRE LOS MENORES EXTRANJEROS NO ACOMPAÑADOS

Según los últimos datos proporcionados por Interior a *eldiario.es*, a fecha de 31 de julio de 2019, en España había 12.262 menores extranjeros no acompañados (14).

Se les suele conocer con el acrónimo MENA o MEINA: Menores extranjeros indocumentados no acompañados.

Capdevila y Ferrer (2004) estudiaron este fenómeno en Cataluña entre 1998 y 2002 (15), posiblemente no se hayan modificado las características de los migrantes, aunque hayan podido aumentar las llegadas:

El perfil de los MEINA es el de un varón (97%) que viene de Marruecos (92%), que tiene su familia en el país de origen (99%) que era con la que vivía en el momento de marcharse (80.2%). No habían vivido en la calle en su país (73.3%). En el domicilio convivían entre 6 y 10 personas (57%) y el menor ocupa uno de los tres primeros lugares en el orden de nacimiento de los hermanos (62.6%). Ha abandonado los estudios entre los 14 y los 17 años (53.3%), que corresponde también a la franja de edad en la que ha comenzado a trabajar (23.7%) y también en la que se ha marchado del país (90.3%).

Por lo que respecta al viaje migratorio, los MEINA se han ido solos (72.3%), con el consentimiento de la familia (77.2%) y sin tener ningún tipo de pariente en España (66.2%). El medio de salida más habitual del país es en los bajos de un camión o de un autobús (81.1%). No han pagado para hacerlo (92.2%). El objetivo de la emigración es trabajar (84.5%) y el destino principal es Barcelona (48.5%). Han pasado por diferentes ciudades de España y antes de llegar a Cataluña ya han estado institucionalizados en otros centros de protección (60.2%) de los que se han marchado por diferentes motivos.

SOBRE EL CONSUMO DE DISOLVENTES

En Marruecos el uso de disolventes se da entre niños en situaciones precarias en las ciudades.

Entre los MENA se da un patrón de policonsumo. Fundamentalmente disolventes y tranquilizantes por su menor coste económico y accesibilidad, junto con consumo normalizado de hachís y alcohol, con menor frecuencia, por falta de dinero. El consumo de cocaína y estimulantes más infrecuente. Este consumo se da entre menores que rechazan los centros porque no les permiten acceder a sus objetivos: trabajar y ganar dinero, por lo que están en la calle en situación de marginalidad. Puede comenzar como un uso lúdico, pero se acaba extendiendo para “dar valor” al perpetrar actividades

delincuenciales. El consumo de estas sustancias puede tener serias consecuencias sobre la salud, pero es además especialmente pernicioso por el aumento de estigma asociado a este grupo que ocasiona y su relación con marginación y delincuencia.

Los disolventes comprenden un grupo muy heterogéneo de sustancias químicas generalmente de base orgánica (salvo el óxido nitroso) que se caracterizan porque son muy volátiles y se gasifican a temperatura ambiente desprendiendo vapores psicoactivos. Son muy lipofílicos, se distribuyen rápido por el organismo y alcanzan rápido el cerebro.

En la intoxicación aguda se produce una embriaguez similar a la del alcohol, agitación y luego depresión, midriasis y pérdida de equilibrio. Se da con un olor característico, irritación conjuntival, rostro hinchado y manchas faciales. Pueden aparecer alucinaciones, delirium, estupor y coma. Con el consumo crónico pueden producirse patología pulmonar, renal, hepática o cardíaca, cuadros convulsivos, trastornos psicóticos, trastornos del comportamiento (apatía, beligerancia, agresividad) y dependencia de disolventes.

Las intervenciones dirigidas a atajar estos consumos deben implicar el trabajo comunitario, incluyendo estrategias de reducción de riesgos (por ejemplo, explicación de los peligros del consumo sobre todo en determinadas situaciones, como el salir huyendo delante de la policía por el riesgo de fallo cardíaco), estrategias preventivas, formación laboral, actividades deportivas (incompatibles con la conducta del consumo y que favorecen una identidad positiva e integración en un grupo), movilización de la comunidad del mismo origen cultural (por ejemplo personas que estuvieron en la misma situación) e integración en la comunidad. Se trata de minimizar riesgos, favorecer la salida de la marginalidad y ofrecer alternativas al consumo que sean compatibles con sus objetivos, generalmente el acceso al trabajo que es el motivo por el que han emigrado (16).

SESGOS Y PREJUICIOS QUE SE DAN EN LA ATENCIÓN A INMIGRANTES

Como ya señalamos más arriba ésta puede ser una de las explicaciones para la mayor incidencia de diagnósticos de psicosis en migrantes.

Pero no sólo se van a dar diferencias diagnósticas, sino también en los tipos de tratamientos indicados y el uso de medidas coercitivas. Así se ha documentado una estancia media más baja, una menor realización de pruebas complementarias, un menor uso de la terapia electroconvulsiva y del litio, y un mayor recurso a la contención física y a la llamada al vigilante seguridad (17).

MODELOS DE INTERVENCIÓN

Actualmente, sobre todo en los lugares con mayor porcentaje de población migrante, se da un debate entre la conveniencia de servicios segregados o integrados para estos pacientes (11). Posiblemente un servicio específico sea ventajoso por una mayor accesibilidad (al menos teóricamente), una actuación más pro-activa por parte del equipo, mayor sensibilidad hacia los condicionantes psicológicos y sociales de la migración, con mayor adecuación de los tratamientos a las necesidades de los pacientes. Como contrapartida la segregación de servicios puede suponer una barrera para la integración efectiva en otros programas de salud comunitaria o dificultar la atención y coordinación cuando sea necesaria la participación de otros recursos sanitarios o de la red de salud mental. En todo caso, como señala Achotegui (2018), en muchas ocasiones las intervenciones deben ser preventivas y dirigidas a evitar la patologización y el sobrediagnóstico (13), por lo que la existencia de servicios superespecializados podría ser contraproducente al favorecer un modelo de derivación que se está convirtiendo en rutinario en los primeros niveles de atención a la población.

Otras opciones podrían ser un modelo de interconsulta en el cual se solicitan a un profesional o equipo especializado una o varias consultas o visitas ante un caso que lo requiere por los factores culturales implicados. O el trabajo en red, en virtud del cual los equipos de salud mental pueden trabajar de modo integrado con los equipos o profesionales que atienden en la comunidad a personas migrantes o con dificultades de integración social.

BIBLIOGRAFÍA

1. MARTÍNEZ, M. y MARTÍNEZ, M. “Patología psiquiátrica en el inmigrante”. *Anales Sist. Sanit. Navarra* 2006; vol. 29 (Supl. 1): 63-75.
2. NAVARRO, L.; CALLES, R.; COUTOS, J. “Psiquiatría transcultural. Relevancia de la cultura en la salud mental”. *Norte de salud mental* 2019; 61: 55-61.
3. KADRI, N.; MANOUDI, F.; BERRAD, S.; MOUSSAOUI, D. “Stigma impact on Moroccan families of patients with schizophrenia”. *Can J Psychiatry*. 2004; 49(9): 625-9.
4. CASTRO-DE DIEGO, S. E. y VICENTE-COLOMINA, A. “Atribución causal y creencias sobre los trastornos mentales en población general y psicólogos. Un estudio exploratorio”. *Clínica y Salud* 2019; 30: 81-90.
<https://doi.org/10.5093/clysa2019a13>
5. MOUSSAOUI, D. y CASAS, M. *Salud mental en el paciente magrebí*. Barcelona, Ed. Glosa; 2007.
6. BALBO, E. y PIS-DÍEZ, G. “El concepto de enfermedad mental en inmigrantes marroquíes”. *Archivos de Psiquiatría* 2007; 70(3): 173-88.
7. APA. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. 5a ed. Madrid, Médica Panamericana; 2014.
8. CANTOR-GRAAE, E. y SELTEN, J. P. “Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review”. *Am J Psychiatry*. 2005;162(1):12-24.
9. JONGSMA, H.E.; GAYER-ANDERSON, C.; LASALVIA, A.; QUATTRONE, D.; MULÈ, A.; SZÖKE, A. “Treated Incidence of Psychotic Disorders in the Multinational EU-GEI Study”. *JAMA Psychiatry* 2018; 75(1):36-46. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.3554.
10. ACHOTEGUI, J.; MORALES, M. M.; CERVERA, P.; QUIRÓS, C.; PÉREZ, J. V. ET AL. “Revisión sistemática sobre la prevalencia de patologías mentales en inmigrantes en España”. *Norte de Salud Mental* 2009; 35:50-55.
11. VOLKAN, V. D. *Inmigrantes y refugiados*. Barcelona, Herder; 2019.

12. ACHOTEGUI, J. *El Síndrome de Ulises. Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple. Emigrar en el siglo XXI*. Figueras, Ediciones El mundo de la mente; 2009.
13. ACHOTEGUI, J. *La inteligencia migratoria. Manual para inmigrantes en dificultades*. Barcelona, NED ediciones; 2018.
14. SÁNCHEZ, G. “Un día en un centro de menores tutelados: una mochila, una flor y unas manchas en el techo”. *ElDiario.es* 6 de febrero de 2020; URL: https://www.eldiario.es/desalambre/dia-centro-menores-tutelados_1_1144863.html
15. CAPDEVILA, M. y FERRER, M. “Estudio sobre los menores extranjeros que llegan solos a Cataluña”. *Migraciones* 16(2004):121-156.
16. Fundació Salut i Comunitat. *Guía para profesionales sobre el abuso de sustancias volátiles*. Disponible en: https://www.lwl.org/ks-download/download/searchII/Solvents-Guide_span.pdf
17. ALDA-DÍEZ, M.; GARCÍA-CAMPAYO, J.; SOBRADIEL, N. “Diferencias en el manejo diagnóstico y terapéutico de los pacientes psiquiátricos hospitalizados inmigrantes y españoles: un estudio controlado”. *Actas Esp Psiquiatr*. 2010; 38(5): 262-69.

La disociación y los efectos del lenguaje

Federico Menéndez Osorio

Psiquiatra - A Coruña

Correspondencia: femeos@telefonica.net

RESUMEN

Se entiende la disociación, la escisión del sujeto, como constitutiva de todo ser humano. Se hace una exposición de lo que supone la disociación en Kant, Hegel y Freud. Se describe cómo el fenómeno de la disociación ha estado presente a lo largo de la historia de la psicopatología en los alienistas clásicos.

Se hace un recorrido del tema recogiendo las aportaciones de los alienistas acerca de la ruptura de la unidad interna, la fragmentación de la identidad, la disociación, el automatismo mental, la xenopatía... Si entendemos el sujeto concebido como un efecto del lenguaje, estos fenómenos disociativos y de posesión o de ser hablado por el otro no son fenómenos ni patologías de la percepción sino del lenguaje. No son percepción sin objeto, sino fenómenos del lenguaje.

INTRODUCCIÓN

En todo ser humano hay una *disociación constitutiva por el hecho de “ser hablante”* inscrito en el lenguaje. Es la escisión propia de todo sujeto en la cual uno mismo es el *sujeto del enunciado* (lo que digo, de lo que hablo) y el *sujeto de la enunciación* (quien lo digo, el que hablo).

Esta disociación, esta escisión del Yo, la formula H. Arendt al referirse a la “*dualidad originaria o la separación entre Yo y Yo mismo, propia de toda conciencia de sí*” (pág. 97) (Arendt, H. 2002).

LA DISOCIACIÓN EN KANT. LA CONCIENCIA DE SÍ

Al referirse Kant en *La Crítica de la Razón Pura* a la conciencia de sí, se plantea cómo pueden distinguirse el Yo que piensa del Yo que se intuye siendo como son el mismo sujeto, ¿cómo yo sujeto pensante puedo conocerme a mí mismo como objeto pensado, si soy yo mismo pensado y pensante? Y se responde: “*nos intuimos a nosotros mismos en cuanto somos afectados por nosotros mismos, es decir, por lo que a la intuición interna se refiere solo conocemos nuestro sujeto en cuanto fenómeno, no según él es en sí mismo*” (pág. 169) (Kant, I. 2010).

Conozco los fenómenos, lo que me pasa (mi pena, mi alegría, mi temor...) pero no a mí mismo al margen de todo eso. No me conozco, dice Kant, tal como soy, sino cómo me manifiesto a mí mismo. Por consiguiente la conciencia de sí mismo dista mucho de ser conocimiento de sí mismo (pág. 170). Para Kant no hay conocimiento en sí, nuestro conocimiento solo lo es de la experiencia, empírico, algo fenoménico, de las cosas como se nos aparecen no como son. Podemos observar en la idea de Kant que hay algo en lo real inaccesible.

Para Kant, la conciencia de sí en la apercepción, el objeto que soy pensado, yo mismo, es un objeto trascendental, un a priori independiente de la experiencia, no empírico, son conceptos puros, a priori del entendimiento (pág. 122). Intuiciones puras, elementos cognoscitivos que se hallan a priori en nosotros (pág. 175) (Kant, I. 2010).

El psiquismo no podría pensar la identidad del Yo, dada la diversidad de representaciones, sino es por una unidad trascendental que unifica la diversidad en una representación (pág. 137). Para Kant la unidad del Yo viene dada por la unidad de lo diverso: “*La identidad del Yo es la concepción a priori de la unidad de lo diverso en un sujeto*” (pág. 143). Con respecto al Yo, Kant va a destacar que es mudable y que no hay un Yo fijo, ni permanente: “*la conciencia del Yo en la percepción interna es meramente empírica, siempre mudable, sin poder suministrar un Yo fijo y permanente*” (pág. 136) (Kant, I. 2010).

LA AUTOCONCIENCIA EN HEGEL. EL DESEO Y LA ACCIÓN

Las tesis Kantianas de la conciencia y del conocimiento van a ser reformuladas por Hegel, quien desarrollará la idea de la autoconciencia y del Yo, en referencia a los conceptos de la Acción y del Deseo.

Siguiendo a Kojève, A. (1975), en su lectura de la fenomenología del espíritu de Hegel, el hombre se objetiva por la acción, mediante el trabajo, la técnica, el arte, la cultura, la socialización, el lenguaje, etc. No será algo trascendente, ni a priori como en Kant. En esta actividad transforma los objetos, las cosas y transformándose se transforma, se realiza en su ser: *“el ser verdadero del hombre es su acción”* (pág. 81) ... *“es esa acción la que crea la realidad humana, es decir, social, política, histórica”* (pág. 95)... *“el hombre es la acción negadora que transforma el ser dado y que se transforma a sí misma transformándolo. El hombre sólo es lo que es en la medida en que deviene”* (pág. 178).

Pero será el deseo el que va a empujar, motivar, engendrar a la acción, a la transformación de los objetos. El deseo en tanto humano, a diferencia del animal, no se queda en el deseo de los objetos naturales de la pura necesidad orgánica o biológica, sino que en tanto deseo antropógeno se va a dirigir esencialmente sobre otro deseo, es deseo del deseo del otro; deseo de reconocimiento, de valoración, ser amado, deseado, reconocido por otro. (pág. 13-14).

El deseo es activo, a diferencia de la pasividad contemplativa de la certeza sensible de la percepción y del entendimiento. El hombre puede llegar a la conciencia de sí por la acción y por el deseo motor de la acción. No hay existencia humana sin conciencia ni sin autoconciencia, es decir, sin revelación del ser por la palabra y sin deseo revelador y creador del Yo (pág. 178).

Hegel se plantea según Kojève ¿cómo el hombre es llevado a decir Yo? (pregunta que podemos formularla en la clínica en aquellos casos de imposibilidad de enunciados en primera persona –Yo– haciéndolo en tercera persona o ecolálico). Y se responde: en la acción de pensar, trabajar, contemplar, en la actividad cognitiva, el hombre está absorbido, embebido, centrado en su acto, está atrapado por el objeto, por la cosa que está pensando o contemplando o trabajando. Únicamente en el deseo se reconocerá como alguien (Yo) de quien el deseo es su deseo. Alguien en tanto se vuelve sobre sí, lo que antes

estaba fijado en el objeto, en la cosa, se separa del objeto y se reconoce siendo si mismo en su deseo sobre la cosa o el objeto y para ello se sirve del lenguaje, de la palabra Yo, mí... en tanto ya no solo hay conciencia de la cosa o el objeto, sino en tanto que hay autoconciencia (mi deseo de pensar, contemplar, etc.) como conciencia vuelta sobre sí mismo, siendo así él, el sujeto de la acción del pensar, trabajar, contemplar, etc.

La autoconciencia para Hegel sólo alcanzará su satisfacción en otra autoconciencia. La autoconciencia es en sí y para sí en tanto que solo es en sí y para sí en otra autoconciencia, es decir, en tanto reconocimiento en el otro. Sólo el deseo de tal reconocimiento, sólo la acción que se deriva de tal deseo, crea, realiza, y revela un Yo humano, no biológico (pág. 186), “*la realidad humana no es sino el hecho del reconocimiento de un hombre por otro hombre*” (pág. 181); teniendo presente que el deseo es, en ese reconocimiento, un deseo del deseo del otro. (Kojève, A. 1975)

El Yo y la autoconciencia vienen a constituirse en la acción y por el deseo que engendra esta acción. De modo que la autoconciencia, el Yo, el ser, no tienen una entidad dada, prefijada, establecida, única y constituida, sino que se construye en el permanente devenir de la acción, engendada por el deseo y en la relación al otro, en tanto ser social y en un Yo social e histórico.

LA SPALTUNG FREUDIANA

Con respecto a la escisión del Yo, a la disociación, Freud va a plantearse la escisión entre el sujeto pensante y pensado, desde unos esquemas y referentes teóricos muy diferentes a los que Kant se planteaba en la conciencia de sí. Freud va a resaltar: “*como el Yo, que es propiamente el sujeto, puede pasar a ser objeto, como puedo tomarme a mí mismo como objeto*”. Y concluye: “*esto puede ser así, el Yo puede tomarse a sí mismo como otros objetos, puede observarse, criticarse, ... el yo es disociable, se disocia en ocasiones en alguna de sus funciones*” (pág. 905) (Freud, S. 1968. Obras C. T.II). Para Freud la *Spaltung*, la división subjetiva, es el mecanismo defensivo, para separar, dividir, las contradicciones que existen en el Yo (Freud, S. 1968. O.C., T.III, págs. 389-391).

No hay unidad idílica del Yo, del ser, hay una ilusión, un ideal, un real inaccesible, un sentir la unidad de lo diverso.

Es en el lenguaje donde la disociación, la identidad, el Yo se nos revelan en toda su dimensión y lo que nos permitirá abrirnos a una comprensión y trabajo clínico que no se agote en los ítems diagnósticos, o en las visiones organicistas y reduccionistas, o en las formulaciones vacías de contenido. Ni tampoco en los conductismos al uso de normativizar al sujeto, desposeyéndole de los simbólico y del inconsciente, reducido a un animal de conducta condicionada.

LA DISOCIACIÓN EN LOS ALIENISTAS CLÁSICOS

El tema de la disociación, de la identidad, ha estado presente a lo largo de la historia en la clínica psicopatológica. Los alienistas clásicos, los psicopatólogos, estudiaron y observaron la identidad y la disociación.

Al referirse a la xenopatía y el automatismo mental, Álvarez, J. M^a. (2015) hace un recorrido del tema en el que recoge algunas de las aportaciones de los alienistas acerca de la ruptura de la unidad interior, la fragmentación de la identidad, la disociación, el automatismo mental, la xenopatía, etc.

Entendiendo el sujeto concebido como un efecto del lenguaje, Alvarez trata de mostrar que las formas de posesión o de ser hablado por otro, por ejemplo, en las alucinaciones verbales, no son patologías de la percepción, sino del lenguaje. En este sentido ya Baillarger se refería a la presencia del lenguaje en los fenómenos alucinatorios, al observar como algunos pacientes oían voces que hablaban de ellos, se sentían como espectadores de una conversación de la que eran objeto. Se mostraban como un hombre hablado, sentían las voces como imposiciones y observaba como pronunciaban ellos mismos las palabras con la boca cerrada al igual que hacen los ventrílocuos (págs. 18-19) (Alvarez, J.M^a. 2015).

Tanto Séglas como Baillarger señalaban cómo el sujeto sentía ser hablado por otro que no era él mismo. Se percataba Baillarger de cómo se da la presencia del lenguaje al observar que de ocho sordos afectados de alucinaciones auditivas, siete oyen voces. Lo cual nos hace ver que los sentidos no impiden la producción de las alucinaciones (pág. 18).

Séglas anotaba a propósito de una de sus pacientes que oía voces de hombres, de mujeres, de niños, muy claras, las oía, pero ellos eran invisibles (pág. 26) (Álvarez, J. M^a., 2015).

En el texto *Las alucinaciones y el lenguaje*, Ségla señala que lo que efectivamente caracteriza a la alucinación auditiva es que adopta una forma verbal manifestándose “como voces que pronuncia palabras” (pág. 674) y prosigue afirmando nítidamente: “el carácter verbal de la alucinación, las hace que no sean un capítulo de la percepción, sino de la patología del lenguaje interior” (pág. 674) ... “la alucinación psíquica no es esa especie de aforismo intocable según el cual la alucinación no era sino una modalidad patológica de la percepción, percepción sin objeto” (pág. 674). Lo que constituye lo característico de los fenómenos alucinatorios no es el manifestar un mayor o menor parecido con una percepción exterior, sino el ser fenómenos de automatismo verbal, un pensamiento verbal desgajado del Yo, un caso –podríamos decir– de alienación del lenguaje (pág. 675) (Ségla, J. 1998).

Reitera Ségla la idea de la alucinación como fenómeno del lenguaje al decir: “la teoría de la alucinación como excitación de los centros sensoriales ha quedado abandonada, siendo sustituida por una idea del lenguaje entendido como una función motriz compleja que guarda relación con el pensamiento” (pág. 676) (Ségla, J. 1998).

Al referirse Álvarez al automatismo mental descrito por Clérambault, nos señala como éste observaba que los enfermos decían estar habitados por otros –posesión– o bien experimentaban la manipulación de sus pensamientos, sensaciones, sentimientos, considerándolos extraños y ajenos, que les hacían vivir como extranjeros de sí mismos, sintiéndose obligados a hacer cosas que no querían... todo ello muestra la escisión del Yo y la extrañeza y la fragmentación xenopática del sujeto (pág. 23) (Álvarez, J. M^a. 2015).

Las descripciones que Baillarger, Ségla o Clérambault daban de los fenómenos de influencia, la posesión, escisión del Yo, etc. lo llamaré P. Guiraud fenómenos xenopáticos, el sujeto es hablado por el otro del lenguaje que lo atribuye a una influencia externa, experiencia de intrusión, influencia y manipulación, sensaciones corporales como ajenas e impuestas provenientes de otras instancias, donde no se reconoce como agente, ni se identifica en ellas (pág. 24) (Álvarez, J. M^a. 2015).

En el delirio de persecución, Binet señala que solo se encuentra en general, como observaba Lasegue, alucinaciones del oído (antes lo recogíamos de Ségla). El perseguido no ve a sus perseguidores, no hace más que oírlos. (Binet, A. 1929)

Destaca a su vez como en la hipnosis o personas sugestionables, pueden producirse alucinaciones y el medio que sirve para hacerlas surgir es la palabra. Cuando en el estado hipnótico se le dice “aquí hay una serpiente” ve la serpiente ante él. Esto muestra como el experimentador provoca alucinaciones con la palabra, como puede llegar a ver lo que se le induce por el hecho de que se le dice (Binet, A. 1929).

En resumen, recogiendo literalmente de Álvarez: “desde finales del S. XIX y principios del XX, los psicopatólogos intentaron nombrar y dar cuenta de cómo explicar los mecanismos causantes de la ruptura de la unidad interior y de la fragmentación de la identidad. En las neurosis, en especial de la histeria, P. Janet habló de la disociación y desagregación mental para describir un conjunto de fenómenos separados de la conciencia normal y causados, según él, por la debilidad de la voluntad... pero es sobre todo desde el ámbito de la locura donde los clínicos utilizaron términos enfáticos: ataxia, introspección, escisión, desdoblamiento, discordancia, xenopatía... pretendían nombrar la ruptura de la cohesión interna, la desunión del cuerpo, la desintegración de los procesos psíquicos y en definitiva la otredad interna que descompone el armazón de la identidad. Más se enfoque desde las voces del alucinado o desde la disociación del histérico, la subjetividad moderna pone de relieve la inconsistencia de la identidad y hace del Yo –según propone Lacan– una ‘función de desconocimiento’ ” (pág.13).

Nos deja Álvarez una interesante propuesta teórica a reflexionar: siguiendo la teoría lacaniana del sujeto como efecto del lenguaje y de que éste se nos impone y hace del sujeto un extranjero de sí mismo, un verdadero xenópata, un hombre hablado, se plantea pensar como la xenopatía afecta también, aunque de otro modo, al hombre normal, en tanto la división subjetiva característica genuina de la condición humana “un fino hilo recorre sin quiebras las experiencias características de la locura hasta internarse en las habituales del sujeto corriente” (pág. 28) (Álvarez, J. M^a., 2015).

BIBLIOGRAFÍA

- ALVAREZ, J .M^a 2015. “El hombre hablado, a propósito del automatismo mental y la subjetividad moderna”. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*. vol.13; n°1: 11-33.
- ARENDRT, H.2002. *La vida del espíritu*. Paidós. Barcelona
- BINET, A.1929. *La patología del razonamiento*. Ed. Jorro. Madrid
- FREUD, S. 1968. “La disociación de la personalidad psíquica”. *Obras completas*. Tomo II. (pág. 905) Biblioteca Nueva. Madrid.
- FREUD, S. 1968. “Escisión del Yo en el proceso de defensa”. *Obras completas*. Tomo III (págs. 389-391). Biblioteca Nueva. Madrid
- KANT, I. 2010. *Crítica de la razón pura*. Taurus 3^a ed. Madrid.
- KOJEVE, A 1975. *La dialéctica del amo y del esclavo en Hegel*. La pléyade. Buenos Aires.
- SÉGLAS, J. 1998. Las alucinaciones y el lenguaje. *Revista Asociación Española de neuropsiquiatría* 1998, vol. XVIII, n°68: 673-677.

Malestar relacionado con la covid-19 y adolescencia

Carmen Armas Barbazán

Psiquiatra. Complejo Hospitalario Universitario de Lugo

Marta Ladra González

Médica especialista en Urgencias. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago

Correspondencia: carmenarmasb@hotmail.com

RESUMEN

La salud mental de los adolescentes puede verse afectada por las consecuencias adversas de la pandemia de la covid-19 al encontrarse estos en pleno desarrollo psicológico. No todas las respuestas psicológicas se considerarán enfermedades, la mayoría son reacciones normales ante una situación excepcional. Se abordarán los malestares generados, qué conductas se deben observar y recomendaciones para acompañar y adaptarse a la situación actual.

PALABRAS CLAVE: salud mental; adolescentes; pandemia; covid-19.

ABSTRACT

Teenagers mental health can be affected by the adverse consequences of the covid-19 pandemic since they are in full psychological development. Not all psychological responses will be considered illnesses, most of them are normal reactions to an exceptional situation. The annoyances generated, what behaviors should be observed and the recommendations to accompany and adapt to the current situation will be addressed.

KEYWORDS: mental health; teenagers; pandemic; covid-19.

ENCUADRE

Ha pasado algo más de un año desde el inicio de la pandemia, y justo hace unas semanas, cuando nos encontrábamos repasando documentación y pensando en cómo plantear este artículo, el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) publica un avance de resultados de la encuesta sobre la salud mental de los españoles durante la pandemia de la covid-19. Se trata del primer estudio científico sobre salud mental durante la pandemia, realizado el 19-25 de febrero de 2021, basado en una muestra representativa de la población española con más de 3000 entrevistas. Entre sus conclusiones destacar:

–Seis de cada diez encuestados remiten síntomas de depresión y ansiedad desde el inicio de la pandemia.

–Por variables: mujeres, jóvenes de entre 18-24 años y los que se consideran clase trabajadora, son los grupos de mayor vulnerabilidad, los más afectados.

Concretamente:

–35,1% reconoce que ha llorado debido a la situación en la que estamos por la covid-19

- Por edad, los más jóvenes (18-24 años) son los que más reconocen que han llorado por la situación de pandemia (42,8%).

–41,9% asegura haber sufrido problemas de sueño desde el principio de la pandemia.

–23,4% de los españoles reconoce que ha sentido miedo a morir debido a la covid-19.

Conviene aclarar que esta encuesta no refleja trastornos mentales, sino síntomas que se interpretan como reacciones y respuestas emocionales normales a una situación excepcional. En este sentido, haber llorado no es un indicador de salud mental, llorar no equipara a depresión. La mayor parte de las personas no tendrá ningún trastorno y, en todo caso, lo que sorprendería es que la gente no estuviese preocupada.

También se han reflejado cambios en el comportamiento de los niños y adolescentes. La encuesta, si bien no pregunta a menores de edad, sí lo

hace a sus padres o abuelos que conviven con ellos.

–52,2% de los familiares han notado cambios en la manera de ser o de comportarse de sus hijos o nietos durante la pandemia.

Preguntados por el tipo de cambio:

–80,2% cambios en la forma de comportarse

- 41,8% más agresivos
- 45,9% más retraídos
- 50% más exigentes
- 62% menos sociables.

–78,6% cambios en los hábitos de vida

- 50% pasan mucho tiempo viendo la televisión, juegan demasiado a la tablet o utilizan mucho el teléfono móvil.
- 42% menor capacidad de concentración de los pequeños
- casi un 40% no quieren salir a la calle.

–72,7 % han sufrido cambios de humor

- 60% más nerviosos o con ansiedad
- 44,8% se muestran más tristes
- 41,5% manifiestan miedos diversos
- 36,1% lloran fácilmente.

–50% cambios en la forma de relacionarse con los padres

- 77,2% mayor irritabilidad
- 71% protestan por cualquier cosa
- 63,8% malas contestaciones
- 56,7% más desobedientes
- 53,6% se aíslan con facilidad.

–30,4% cambios en el sueño.

–52,4% de los encuestados considera que estas situaciones son leves, 21,4% moderadas y 12,3% graves.

–87,4% no les ha llevado a un profesional de la salud mental para solicitar ayuda y casi un 93% no tiene pensado hacerlo.

Con esta encuesta el CIS da la medida numérica de lo que conocemos como fatiga pandémica (término acuñado por la OMS) que es una realidad que nos afecta a todos, en mayor o menor medida. Se trata de una sensación de apatía, desmotivación y agotamiento psicológico, cuyo origen está en el impacto que ha causado la covid-19. No tiene que ver únicamente con la duración de la pandemia, no estamos frente a algo donde solamente cabe esperar que al fin termine.

La fatiga pandémica está relacionada con cambios en nuestro estilo de vida: por los confinamientos y las cuarentenas, la adopción de medidas de protección como las mascarillas o la distancia social, la ansiedad ante la posibilidad de infectarse o por el miedo a contagiarse, la incertidumbre, las constantes noticias enfocadas en las desgracias causadas por la enfermedad, el sentimiento de soledad causado por la falta de contacto con amigos y familiares, la desesperanza, el hastío y la indefensión.

TRANSITAR POR LA ADOLESCENCIA EN TIEMPO DE CORONAVIRUS

La adolescencia es una etapa que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10-19 años, según recoge la OMS.

La salud mental de los adolescentes puede verse afectada por las consecuencias adversas de la pandemia por covid-19 al encontrarse estos en pleno desarrollo psicológico, en un momento en el que están comenzando a establecer su propia identidad, reivindicando su individualidad y su independencia.

Pueden manifestar transitoriamente síntomas de ansiedad o depresión, así como somatizaciones (dolores de cabeza, mareos, etc), alteraciones del sueño y emociones como irritabilidad, miedo e inseguridad al ver que algún familiar ha pasado la enfermedad.

Lo esperable es que estos síntomas disminuyan a lo largo de los meses y formen parte de respuestas adaptativas, no considerándolas por tanto patológicas. La resiliencia psicológica y el apoyo a nivel familiar, escolar y social suelen ser suficientes para la resolución de la crisis.

El hecho de que todos estemos pasando por la misma situación traumática es, en principio, un factor de protección. Es esperable que la mayoría de

los adolescentes recuperen su funcionamiento normal, si bien es posible que una minoría pueda necesitar tratamiento especializado, especialmente quienes ya presentaban problemas psicológicos.

Tendremos que estar pendientes de las señales de alarma, porque las personas más vulnerables (tanto a nivel individual como socio-familiar) podrán desarrollar un trastorno mental, o reagudizar trastornos preexistentes. Al igual que en el caso de los adultos, el riesgo de desarrollar un trastorno mental dependerá del impacto que tengan los síntomas: el problema surge cuando esas alteraciones en el rendimiento académico, el aislamiento, la irritabilidad, los cambios de peso o el llorar a menudo, alteran su día a día.

¿CUÁNDO SE NECESITA INTERVENCIÓN POR PARTE DE PROFESIONALES DE SALUD MENTAL?

Cuando hacemos apoyo psicológico corremos el riesgo de “patologizar” una respuesta adaptativa y saludable. Se debe evitar, por tanto, la medicalización o la “psicopatologización” de la vida cotidiana. Podemos infantilizar a los adolescentes, generando dependencias innecesarias de los profesionales.

A pesar de todo, habrá adolescentes cuyo sufrimiento pueda necesitar una intervención y los profesionales de la salud mental tendremos que estar disponibles, cercanos y receptivos para atender esta demanda; cuidando y acompañando a los adolescentes realmente afectados por esta situación.

PROBLEMAS CLÍNICOS MÁS RELEVANTES QUE REQUERIRÁN ATENCIÓN PSICOLÓGICA/PSIQUIÁTRICA EN ESTE CONTEXTO

En general, como impresión clínica, la patología internalizante se agrava por el aislamiento y la externalizante se manifiesta en las redes sociales y eso asusta... Eso, sumado a que nos hemos visto sometidos a un cambio muy acelerado hacia lo digital.

En adolescentes con mayor vulnerabilidad, los problemas clínicos más relevantes son el aumento de autolesiones y de trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

Asimismo puede haber adolescentes que hayan experimentado alguna pérdida cercana, y no hayan tenido la oportunidad de despedirse adecuadamente por las condiciones de aislamiento, serán más propensos a presentar problemas psicológicos, miedo a la infección y ansiedad de separación, por lo que posiblemente necesitarán apoyo profesional para realizar las tareas del duelo.

Tal vez sea el proceso de construcción de una identidad la característica existencial que permita una mejor interpretación de los fenómenos de autolesiones e intentos autolíticos en adolescentes.

Las autolesiones están muy presentes en la adolescencia y traducen, con carácter general, un ponerse al límite, ponerse a prueba ante el grupo de amistades, representan una llamada desesperada al otro.

Clínicamente las conductas de riesgo tienden a situarse sobre todo en el cuerpo: cortes en brazos, golpes etc. y sintomatología del orden de lo alimentario (en las que la clínica obsesiva suele estar por detrás de una aparente preocupación por la imagen corporal).

Las quedadas por internet para organizar planes suicidas hacen referencia a la propia desaparición del sujeto, pero a través del colectivo, representan esa última posibilidad de lazo con el otro, la precariedad última que pretende conseguir el contacto con el otro a través de la desaparición conjunta.

En relación a la conducta alimentaria se ha detectado un empeoramiento de los comportamientos alimentarios y mayores niveles de síntomas depresivos y ansiedad en pacientes diagnosticadas de TCA. La incertidumbre y el aislamiento son difícilmente tolerables y pueden empeorar dichos síntomas. Así los adolescentes aumentan sus obsesiones y rituales relacionados con la comida y el peso para intentar recuperar el control sobre sus vidas. Son muy frecuentes los conflictos familiares, al tratarse de padres preocupados en exceso con cumplir con el régimen terapéutico e implicados de forma más consistente por estrecha convivencia.

LAS TIC EN LA PANDEMIA COVID-19

Hoy en día existe un uso generalizado de internet, que afecta a todas las edades. Durante la pandemia ha aumentado el uso de las TIC, como resultado

de la necesidad de contacto social online ante las restricciones que han afectado a la libertad de los adolescentes y a la forma de relacionarse con su entorno. La alerta de una posible adicción a las TIC salta cuando su uso interfiere con la vida, se usa como mecanismo de alivio de las emociones y perjudica en la relación familiar, los estudios, etc. Ante esta clínica desde salud mental se proponen medidas como: temporalidad de horarios, sentido común, orden etc. En general los adolescentes ante el uso de las TIC se colocan más en la fuga y en la disociación que en la dependencia o adicción. La tecnología aparentemente propone un “*todos conectados*”, el problema surge cuando se utiliza como una forma de desconexión de la vida.

Señalar como el aislamiento social les ha llevado a centrar la atención en ellos mismos y compararse con el ideal de belleza en las redes sociales. Existe por tanto una contribución de los mensajes que llegan a través de los medios de comunicación, que generan insatisfacción corporal.

Durante la pandemia de la covid-19 se ha tenido que reorganizar y reconsiderar la atención a los TCA, debido fundamentalmente a la dificultad de acceso a tratamiento presencial (tanto ambulatorio como hospital de día) y la reducción de la seguridad frente al contagio en las hospitalizaciones. La telepsiquiatría aparece como una alternativa válida para el tratamiento ambulatorio. La terapia cognitivo conductual (TCC) por teleterapia ha demostrado buena eficacia clínica en los TCA.

LA ESCUELA COMO BIEN COMÚN

Ya por último desde la perspectiva de la escuela, hacer mención al Plan de Bienestar emocional para centros educativos presentado recientemente por la Consellería de Educación. En el grupo de trabajo que se formó el pasado año participaron entre otros Manuel Armas (EOE Coruña) y Ramón Area por la AGSM-AEN. Se trata de un documento en el que se habla de los males generados en los adolescentes por la pandemia de la covid-19, qué conductas se deben observar por parte de profesores y recomendaciones para acompañar y adaptarse a la situación actual, con propuestas de actividades para los distintos niveles educativos. Se prioriza el bienestar general del alumno y no solo el rendimiento académico.

DISCUSIÓN

No debemos caer en la criminalización de la adolescencia, que como etapa vital se caracteriza por una sensación de invulnerabilidad, necesaria para alcanzar la autonomía. El coronavirus es una amenaza delante de esa dosis de invulnerabilidad que el adolescente necesita en el proceso de ruptura con el niño que todavía es. Los adolescentes consideran que los riesgos afectan más al resto de las personas que a ellos mismos, y que por lo tanto el coronavirus no les va a afectar. En este contexto pueden transgredir las medidas de prevención, llegando a ponerse en peligro, como forma de autoafirmación.

BIBLIOGRAFÍA

- AREA, R.; ARMAS, C.; M. “Despois da pandemia, a escola do ben común. Unha mirada sociocomunitaria”. *Revista Galega de Educación*. Nova Escola Galega, 2021 “en prensa”.
- RANUCCI, C.; BANDERAS, A. *Habla con ellos de pantallas y redes sociales*. Ed. Lunwerk, 2021.
- PEDREIRA MASSA J.L. “Salud mental y COVID-19 en infancia y adolescencia: visión desde la psicopatología y la Salud Pública”. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2020. Publicado el 16 de octubre de 2020.
- Plan de Benestar emocional para centros educativos*. Consellería de Educación, 2021.
- Habla con ellos de las nuevas tecnologías*. Gobierno de la Rioja Consejería de Salud, 2011.

Notas sobre transexualismo y transgénero

Manuel Fernández Blaco

Psicólogo clínico. Psicoanalista ELP-AMP A Coruña

Correspondencia: mafeba@mafeba.es

Expresé en alguna ocasión que los máximos defensores de la diferencia sexual y del binarismo de género, en la época dominada por los ideales de igualdad, eran los sujetos transexuales. Su creencia, o su certeza, de la diferencia los llevaba con frecuencia a someterse a la llamada cirugía para el cambio de sexo, que implicaba una transformación radical de su cuerpo, incluida la transformación genital.

El transexualismo ha sido clásicamente objeto de interés de los psicoanalistas. Lacan, en el Seminario 18, recomienda la lectura de *Sex and Gender*, el libro de Robert Stoller sobre transexualismo, y critica que el autor eluda la cara psicótica en estos casos, “[...] por carecer de toda orientación, por no haber escuchado nunca hablar de la forclusión lacaniana, que explica de inmediato y muy fácilmente la forma de estos casos”.¹ Vamos a detenernos un poco en el modo en el que aborda Lacan en el Seminario 18, publicado con el título *De un discurso que no fuera del semblante*, la cuestión del transexualismo, la sexualidad, la relación sexual y el semblante.

En el apartado 3 de la segunda lección del Seminario 18, Lacan distingue la sexualidad de la relación sexual. La sexualidad es del orden de lo biológico. Ironiza diciendo que se puede comenzar a percibir el sentido que

1. LACAN, JACQUES: El Seminario, libro 18, *De un discurso que no fuera del semblante* (1971). Buenos Aires, Paidós, 2009, págs. 30-31.

tiene la sexualidad en el campo de las bacterias. Opone la sexualidad a lo que Freud muestra del funcionamiento del inconsciente que no tiene nada de biológico. Se trata de las relaciones entre hombre y mujer. Lacan señala que no hay que esperar a la fase fálica “para distinguir a una muchachita de un varoncito”.² Desde mucho antes, no son semejantes. Es en este punto que recomienda la lectura del libro de Stoller, sobre transexualismo, *Sex and Gender*. Cuando, como acabo de mencionar, le critica a Stoller que eluda la cara psicótica en los casos de transexualismo alude, sin nombrarla, a la clínica del “empuje a la mujer” en la psicosis.

Parece claro que el fenómeno de empuje a la mujer resulta central en muchos casos de transexualismo. Sin embargo, esto nos obliga a precisar una clínica diferencial del fenómeno de empuje a la mujer. No podemos equiparar la clínica del empuje a la mujer en los casos de psicosis extraordinarias desencadenadas, de la que el caso Schreber sería el paradigma, con la de la transexual que se considera víctima de un error de la naturaleza por sentirse una mujer prisionera en el cuerpo de un hombre. En Schreber ser *La* mujer es el resultado de una imposición que lo sitúa como objeto de la voluntad de un Otro que vive como exterior, y el empuje a la feminización se da en el curso de un desencadenamiento franco del proceso psicótico. En cambio, la transexual que busca adecuar su cuerpo a su ser femenino parece guiada por una voluntad interna y, con frecuencia, no encontramos en estos casos síntomas psicóticos evidentes. Esto nos debe llevar a plantear una clínica diferencial del fenómeno de empuje a la mujer.

Respecto de los casos de transexualidad femenina, sin síntomas psicóticos manifiestos, se me ocurre plantear las siguientes preguntas. ¿Podría ser que en la transexualidad femenina se aspira a producir un nuevo anudamiento entre imaginario y real (el proceso de la modificación real del cuerpo produce una nueva imagen), que suple la inexistencia del significante de la mujer sin someterse al universal fálico? ¿Podríamos pensar que en la transexualidad femenina se aspira a la feminidad absoluta, a una feminidad no limitada por la función fálica? Porque la transexual femenina no es *una* mujer, del lado del no-todo. Es *La* mujer, toda mujer. Podríamos pensar que para la transexual femenina la mujer existe.

2. *Ibid.*, p. 30.

Por otra parte Lacan, en el Seminario 18, parece referirse exclusivamente al transexualismo femenino, al empuje a *La* mujer. En la vertiente del transexualismo masculino, la casuística era más escasa. Pero Lacan nos dice en *Televisión*: “De ahí que una mujer –puesto que más de una no se puede hablar–, una mujer solo encuentre a *El* hombre en la psicosis. [...] Así lo universal de lo que ellas desean es locura [...]”.³ Si en la transexualidad femenina se aspira a ser la mujer absoluta, en la transexualidad masculina podríamos ver la aspiración a ser *El* hombre. *El* hombre universal. Como ha señalado Catherine Millot, los transexuales masculinos quieren ser como todo el mundo, quieren ser hombres.⁴ Porque las mujeres no son como todo el mundo, son una por una.

Pero, volviendo al Seminario 18, Lacan señala que para el muchacho se trata en la adultez de hacer el hombre, dando signos a la muchacha de que se lo es, lo que ubica la cuestión en la dimensión del semblante.

Esto ocurre también en el cortejo a nivel animal, etológico, que es del orden del semblante. Pero Lacan matiza: “Es verdad que el comportamiento sexual humano consiste en cierta conservación de este semblante animal. La única diferencia es que este semblante se vehicula en un discurso, y que en este nivel de discurso –y solo en este– es llevado hacia, permítanme, algún efecto que no fuera del semblante. De aquí que, en lugar de tener la exquisita cortesía animal, ocurre que los hombres violan a las mujeres o inversamente”.⁵ Relaciona esto con el pasaje al acto: “En los límites del discurso, por cuanto este se esfuerza en sostener el semblante mismo, hay de tiempo en tiempo real. Lo llamamos pasaje al acto”.⁶ Lacan apunta aquí a que el pasaje al acto aparece cuando el discurso encuentra su límite para sostener el semblante. Y, un poco más adelante, añade que “El falo es propiamente el goce sexual por cuanto está coordinado con un semblante, es solidario de un semblante”.⁷ La articulación de goce y semblante pasa, entonces, por el registro fálico.

3. LACAN, JACQUES: “Televisión”, en *Otros escritos*. Buenos Aires, Paidós, 2012, pág. 566.

4. MILLOT, CATHERINE: *Horsexe. Essai sur le transexualisme*. París, Point hors ligne, 1983, pág. 101.

5. LACAN, JACQUES: *El Seminario*, libro 18, *De un discurso que no fuera del semblante* (1971), págs. 31-32.

6. *Ibid.*, pág. 32.

7. *Ibid.*, pág. 33.

Lacan señala que “La verdad a la que no hay ninguno de estos jóvenes seres hablantes que no deba hacer frente es que hay quienes no tienen el falo. [...] La identificación sexual no consiste en creerse hombre o mujer, sino en tener cuenta que hay mujeres, para el muchacho, que hay hombres, para la muchacha.”⁸

El falo distribuye los sexos. Lacan nos dice: “Para los hombres, la muchacha es el falo (objeto de su deseo), y es lo que los castra. Para las mujeres, el muchacho es la misma cosa, el falo, y esto es lo que las castra también porque ellas solo consiguen su pene, y que es fallido”.⁹

Para el hombre, la mujer es la hora de la verdad, porque la mujer está en posición de señalar la equivalencia entre goce y semblante. Por eso, es más fácil para el hombre enfrentar a cualquier enemigo en el plano de la rivalidad que enfrentar a la mujer.

Si para el hombre el semblante (la mujer en lugar de *a* en su fantasma) es goce, “En cambio, nadie conoce mejor que la mujer, porque en esto ella es el Otro, lo antagónico del goce y del semblante [...]”.¹⁰ La mujer es el Otro del goce fálico.

Lacan dirá que “[...] todo lo que se nos enunció como resorte del inconsciente no representa más que el horror de esta verdad. [...] No es algo particularmente agradable de escuchar, es lo que suele empaquetarse bajo la rúbrica del complejo de castración”.¹¹ Podemos decir que el complejo de castración, bajo la modalidad femenina de envidia del pene o masculina de rechazo de la pasividad, es común a ambos sexos.

Lacan, también en el Seminario 18, se refiere a la identidad de género. Expresa lo siguiente: “La identidad de género no es otra cosa que lo que acabo de expresar en estos términos, el hombre y la mujer. Es claro que la cuestión de lo que surge allí precozmente solo se plantea a partir del hecho de que en la edad adulta el destino de los seres hablante es repartirse entre

8. *Ibid.*

9. *Ibid.*

10. *Ibid.*, pág. 34.

11. *Ibid.*

hombres y mujeres”.¹² Esto lo dice el 20 de enero de 1971. Pero un año después, el 12 de enero de 1972, en su Seminario 19 (...o peor), afirmaba: “[...] no sabemos qué son el hombre y la mujer. Durante un tiempo se consideró que esta bipolaridad de valores sostenía suficientemente, suturaba, lo tocante al sexo”.¹³

Ese “se consideró”, resuena un poco a Lacan contra Lacan. Tenemos que llegar al Seminario 20 (*Aun*), para dar un paso más. Como ha señalado Marie Héléne Brousse: “Al pasar del sujeto al cuerpo hablante, la diferencia deja de estar organizada por el orden binario y cede su puesto a una oposición entre el todo, que incluye a todos los seres hablantes cualquiera que sea su género, y el no todo, que justamente ya no permite consistir a la diferencia binaria.”¹⁴ Un todo, que incluye a todos, y un no-todo donde no están todos, hace lógicamente imposible el binarismo en la sexuación.

Por eso, desde la perspectiva psicoanalítica, la diferencia sexual solo puede establecerse en función del modo de goce. Y, para orientarnos en este laberinto, la mejor guía es no confundir sexo y género. Desde el punto de vista del género se pueden multiplicar las opciones. Se puede pensar la posibilidad de un género fluido y cambiante, y aspirar a un género performativo, auto-definido, en la línea del pensamiento *queer*. No me extenderé en este aspecto que he desarrollado en otras ocasiones. Puedo remitirles en este sentido al texto “No sabemos qué son el hombre y la mujer”, disponible en Internet.¹⁵

Lo que constatamos es que el término de transexualidad ha sido desplazado por el de transgénero, que es la expresión políticamente correcta en la actualidad. Pero, cito a Marie Héléne Brousse, “Lo que así se indica es que ‘trans’ se refiere al ser de discurso y no a la falta en ser, es la consecuencia del dominio del lenguaje sobre el cuerpo en tanto que habla.”¹⁶ Pero la diferencia sexual

12. *Ibid.*, p. 31.

13. LACAN, JACQUES: El Seminario, libro 19, ...o peor (1971-1972), Buenos Aires, Paidós, 2012, p. 38.

14. BROUSSE, MARIE-HÉLÈNE: “El agujero negro de la diferencia sexual”, en: *Freudiana*, núm. 87, Barcelona, setiembre-diciembre 2019, p. 37.

15. FERNÁNDEZ BLANCO, MANUEL: <http://discordia.jornadaselp.com/no-sabemos-que-son-el-hombre-y-la-mujer/>

16. BROUSSE, MARIE-HÉLÈNE: “El agujero negro de la diferencia sexual”, pág. 39.

solo se puede cernir a partir de la singularidad de goce, ni siquiera es posible abordarla a partir de la particularidad de goce. La particularidad de goce permite la agrupación segregativa de los que dicen compartir el mismo modo de goce, pero no es la singularidad de goce. Si el transgénero se refiere al ser de discurso, el transgénero ubica la cuestión en la dimensión del semblante. Como ha destacado Daniel Roy, “[...] las identificaciones sexuadas son siempre dependientes de los semblantes: todo lo que llegará hacer consistir una identidad sexual, ya sea viril o femenina, va a desplegarse inevitablemente en la dimensión del cortejo o de la mascarada. Esta es la dimensión, hoy día, llamada de ‘género’.”¹⁷ Quizás situar la variedad de las identidades sexuales en la dimensión del semblante contribuya a explicar la clínica actual del fenómeno *trans*.

Yendo a la clínica, tengo que decir que desde hace algún tiempo ha atraído mi atención el incremento de casos de niños y adolescentes *trans* en la consulta que realizaba en el hospital hasta el 1 de marzo de 2020. Revisé a finales del año 2019 algunos de los últimos casos (siete en total). Seis se presentan como *trans* masculino. Solo uno de los casos se presenta como *trans* femenina. En este último caso, el sujeto expresa que le gustaría que los médicos la hormonaran para tener pechos y que le quiten “eso”. Expresa también, que le gustaría que la ciencia encuentre una solución para que pueda tener hijos.

Solo en dos de los casos de *trans* masculinos se expresa deseo de transformación genital: para ser “un hombre completo”, dice uno. El otro expresa: “Yo me quiero operar, que me pongan todo para ser un hombre”, en este caso con una enunciación más débil. Los otros 4 casos, *trans* masculinos, expresan gran malestar por el desarrollo del pecho y la intención de realizar una mastectomía. Uno de los sujetos dice: “Con el pecho si tengo disforia, pero con mi vagina no tengo disforia. Lo del pene no me interesa”. El rechazo, en este caso, se produce en el registro de la imagen que se da ver. La supresión del pecho y la terapia hormonal, sin transformación genital, suele ser la demanda

17. ROY, DANIEL: “Cuatro perspectivas sobre la diferencia sexual”, en: *Carretel*, núm. 15, Madrid, enero 2020, pág. 154.

más común en los casos *trans* masculinos que yo he recibido en los últimos tiempos. El cambio se demanda respecto a los caracteres sexuales secundarios. Lo que parece remitir a un goce vinculado al semblante.

Vemos entonces como en la mayoría de los casos *trans* masculinos de niños y adolescentes, que acabo de referir, el rechazo se produce respecto de los caracteres sexuales secundarios, no respecto a los genitales femeninos. Aquí puede resultar interesante remitirnos a la primera lección del Seminario 20 donde Lacan dice lo siguiente: “Ciertamente, lo que aparece en los cuerpos bajo esas formas enigmáticas que son los caracteres sexuales –que no son sino secundarios– conforma al ser sexuado. Sin duda. Pero el ser es el goce del cuerpo como tal, es decir como asexuado [...]”.¹⁸ Y, un poco más adelante, añade: “Y que no vengan a hablarme de los caracteres secundarios de la mujer, porque, hasta nueva orden, son los de la madre los que predominan en ella. Nada distingue a la mujer como ser sexuado, sino justamente el sexo”.¹⁹

Ninguno de estos sujetos a los que me he referido se presentan desde la división subjetiva, con una pregunta. Se presentan con una respuesta amparada en los significantes amos de la época en la que el diagnóstico de disforia de género se rechaza por su carácter psicopatológico. La pretensión de conformar una identidad autoconstruida, comienza por darse un nombre propio que no le deba nada al Otro (en el sentido de la deuda simbólica). Tal como destaca Daniel Roy: “Tendríamos que aprender del hecho de que estos niños dejan oír como su primera demanda un cambio de nombre por otro, escogido por ellos mismos. [...] una declaración de parte de quien se hace responsable de la llegada de un nuevo ser hablante a nuestro mundo.”²⁰ Se observa, en la mayoría de estos casos, el intento de producir un nuevo anudamiento donde la transformación real del cuerpo produce una nueva imagen con efectos de nominación. Pero, el fenómeno *trans* actual no se deja explicar exclusivamente desde la clínica de la forclusión, y podríamos ponerlo en serie con la pretensión del sujeto del discurso capitalista de elegir el sexo

18. LACAN, JACQUES: El Seminario, libro 20, *Aun* (1972-1973). Barcelona, Paidós, 1981, p. 14.

19. *Ibid.*, pág. 15.

20. ROY, DANIEL: *op. cit.*, pág. 150.

de forma “fluida”. Se vislumbra, en algunos casos de la clínica transgénero, la no mediación edípica, pero sí la operatividad de la castración. Lo que demuestra que el auténtico agente de la castración es el lenguaje.

En cualquier caso, como expresa Daniel Roy, una identificación sexual sostenida en un semblante “siempre es sintomática, en la medida que los semblantes convocados fracasan en la inscripción del goce en juego, goce sexual siempre en exceso en la economía del propio cuerpo: la identificación sexual señala la discordancia entre los semblantes y el goce.”²¹ No hay identificación sin resto.

También se observa en algunos de estos casos como el derecho a asumir una identidad *trans* se confunde con un empuje a lo *trans*, cortocircuitando el tiempo de comprender y favoreciendo posibles pasajes al acto. La lógica del funcionamiento de las asociaciones de personas *trans*, y la de las instituciones públicas, favorece esta posible deriva. Ya no es necesaria una evaluación *psi* para iniciar el proceso médico de transformación corporal y, por ejemplo, en la instrucción del *Servicio Galego de Saúde*, para la atención a personas transgénero, se pide a los profesionales que adopten una visión *trans* positiva. Yo siempre pensé que se esperaba de nosotros una visión clínica.

Por otra parte, los cambios discursivos van acompañados de cambios en los criterios diagnósticos. Tomemos como ejemplo las modificaciones en el DSM. En 1980, en el DSM III, encontramos la categoría diagnóstica de “trastorno de la identidad sexual” que, en las posteriores ediciones del DSM, pasa a denominarse “trastorno de la identidad de género”. Pero, en la versión definitiva del DSM-5, del año 2013, se introduce el término “disforia de género” (se elimina el término trastorno), y se reconocen géneros alternativos al binomio hombre-mujer.

Lacan desarrolló en el Seminario 20 que solo en función del modo de goce (fálico o no-todo fálico) es posible pensar la distribución sexual. Aquí considero que reside la clave fundamental. Como decía antes, no conviene confundir el sexo y el género y, por lo mismo, la posición transexual y la

21. *Ibid.*, pág. 156.

posición transgénero. Tampoco se trata de confundir ninguna de estas posiciones con el travestismo. Tal como aclara Catherine Millot, en su libro *Exsexo. Ensayo sobre el transexualismo*, los hombres que se visten con ropas femeninas obtienen con esa imagen en el espejo, o con el ofrecimiento de esa imagen a la mirada de otro, excitación sexual. El travestido juega a menudo de modo exhibicionista a mostrar el pene, a revelar el engaño, como un modo de obtención de goce sexual fálico.²² Sin embargo los *trans* masculinos suelen ocultar sus genitales femeninos, de los que se avergüenzan.

Con Lacan sabemos que, si la libido es masculina, el goce es femenino. Miller ha destacado que Lacan, en su última enseñanza, ha generalizado el goce femenino haciendo del goce femenino “el goce como tal”, un goce no capturado en el Edipo y reducido al acontecimiento de cuerpo.²³ Aclara que Lacan, posteriormente, encontró ese goce en el hombre en el que, dice, está más oculto.²⁴ Pero, cito a Miller, “[...] el goce como tal no tiene la más mínima relación con la relación sexual.”²⁵ El goce tiene que ver con la fijación contingente que dejó una marca imborrable y que se conmemora en la repetición. El goce es fundamentalmente autoerótico. Es un goce del cuerpo fuera de sentido.

Xavier Esqué en su texto de orientación para las Jornadas de la ELP de 2019, sobre “La discordia entre los sexos a la luz del psicoanálisis”, refiriéndose al Seminario 11 de Lacan expresaba que “El objeto de un análisis es saber qué se satisface”²⁶ Esto debe llevarnos a tomar en cuenta, sin fascinarnos, el desorden creciente en la sexuación. Algunos de los fenómenos en los que se expresan este desorden tal vez sean la expresión actual de fenómenos antiguos. Podemos pensar, por ejemplo, que la envidia del pene “se hace *trans*”, o que el síntoma del internado lleva a algunas histéricas actuales a

22. MILLOT, CATHERINE: *op. cit.*, p. 104.

23. MILLER, JACQUES-ALAIN: “L’orientation lacanienne III, 13 (2011). L’Être et l’Un”, enseñanza del Departamento de Psicoanálisis de la Universidad París VIII, lección del 2 de marzo de 2011, en *Freudiana* N° 61, p. 10.

24. MILLER, JACQUES-ALAIN: *Ibid.*, lección del 23 de marzo de 2011, en *Freudiana* N° 68, p. 22.

25. *Ibid.*

26. ESQUÉ, XAVIER, disponible en Internet: <http://discordia.jornadaselp.com/fracaso-perpetuo-xavier-esque/>

la bisexualidad. Por eso, tras la diversidad, y la ruptura del ordenamiento fálico binario, el mejor modo de orientarse en la clínica es el síntoma como singularidad de goce.

Como ha señalado Marie-Hélène Brousse, en un excelente artículo titulado “Las identidades, una política, la identificación, un proceso y la identidad, un síntoma”, publicado en *Le Monde* el 11 de junio de 2016 y disponible en castellano en Internet, “La identidad, y el género como identidad sexual, son del Otro y están en el Otro. [...] Lo que es nuevo hoy es que han aparecido recetas alternativas a las que estaban en juego en el lazo social. Esto es todo y es mucho [...] pero la multiplicidad de las identidades no modifica en nada su modo de funcionamiento. Siguen estando en el Otro, e intentan proponer nuevos modos de empleo del lazo social [...]. El *gender* es una tentativa de reducir el sexo al significante y a la función del semblante. [...] La identificación sigue estando en el Otro [...] Pero el Otro no da una identidad una, [...] presta los significantes que desfilan en las identidades de papel que se atropellan, se contradicen y que en un análisis caen como piel muerta.”²⁷

Pero “[...] el Otro solo da, por los procesos de identificación, falta en ser [...]”.²⁸ Por eso, al final de un análisis, el *parlêtre* escoge la soledad de la diferencia absoluta, una diferencia que no se basa en la segregación de los mismos con los mismos, sino en la identificación al síntoma depurado en su análisis. Frente a la proliferación de los semblantes y la multiplicación de las posibles identidades, la identificación al síntoma, a la positividad del modo singular de goce fuera de sentido, es la única posibilidad de pensar la identidad desde el psicoanálisis. Es la identidad inclasificable del sujeto del trauma.

27. BROUSSE, MARIE-HÉLÈNE: “Las identidades, una política, la identificación, un proceso y la identidad, un síntoma”, disponible en castellano en: <http://identidades.jornadaselp.com/textos-y-bibliografia/texto-de-orientacion/las-identidades-una-politica-la-identificacion-un-proceso-y-la-identidad-un-sintoma/>

28. *Ibid.*

Terapia con insulina en psiquiatría: historia y “stories”

Insulin therapy in the psychiatry field:
history and “stories”

*Sandra Rodríguez Ramos***

*Raquel Fraga Martínez***

*David Simón Lorda**

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

*Adjunto Psiquiatra;

**MIR Psiquiatría;

PALABRAS CLAVE: Insulina. Terapia. Choque. Sakel. Insulinoterapia.

KEYWORDS: Insulin. Therapy. Shock. Sakel. Insulin treatment.

ABSTRACT

During the first decades of the twentieth century, new therapies were incorporated in the Psychiatry field. These innovations slightly changed the therapeutic paradigm and, among the new therapies, standing out were the insulin shock and the Sakel cure, which was used for the first time for schizophrenia treatment in 1933 by Dr. Manfred Sakel. Due to its repercussion, three years after the announcement of its discovery, its use had already been spread all around the world with evidence of its application, during 1936, in at least 22 countries.

Furthermore, an international conference on insulin treatments in psychiatry was held in New York in 1958, where its use and effectiveness were reviewed. The insulin therapy stopped being used in the 1960s as a result of the introduction of neuroleptic drugs in the clinical practice routine. In this article, we will review its use in psychiatric therapy in centers of Galicia's region (Spain) during this period.

RESUMEN

Durante las primeras décadas del siglo XX se incorporaron nuevas terapias en el ámbito de la Psiquiatría, las cuales marcaron un cambio en el paradigma terapéutico. Entre estos tratamientos destaca el choque insulínico o cura de Sakel, que fue utilizada por primera vez en 1933 por el Dr. Manfred Sakel para el tratamiento de la esquizofrenia. Tal fue su repercusión que apenas tres años tras el anuncio de su descubrimiento, su uso se había extendido por todo el planeta, existiendo constancia de su aplicación, durante el año 1936, en al menos 22 países.

En 1958 se celebró en New York una conferencia internacional sobre los tratamientos con insulina en psiquiatría, en donde se repasaron su uso y efectividad. La terapia con insulina deja de usarse entorno a los años sesenta con la introducción de los fármacos neurolépticos en la práctica clínica habitual. En este artículo, revisaremos su uso en la terapéutica psiquiátrica en centros de la región de Galicia (España) durante este período.

1. INTRODUCCIÓN

Las primeras décadas del siglo XX fueron testigos de una enorme revolución en la comprensión y el tratamiento de las enfermedades mentales ya que durante este periodo se introducen nuevos tratamientos psiquiátricos en la asistencia del enfermo mental.

Surgen las terapias biológicas, basadas en teoremas como el vínculo entre la fiebre y la enfermedad mental o la incompatibilidad entre convulsiones y psicosis.

Teniendo en cuenta esta última premisa, dentro de estas nuevas terapias surge la categoría de las terapias convulsivas o de choque, entre las que se incluyen el shock cardiazólico, con aceite de alcanfor, el electrochoque y el choque insulínico o cura de Sakel, las cuales versaban sobre el supuesto antagonismo biológico entre la epilepsia y la psicosis. Mediante su uso se buscaba obtener una mejoría clínica en pacientes con esquizofrenia provocándoles cuadros convulsivos (1).

2. LA CURA DE SAKEL

La cura de Sakel, incluida dentro de la categoría de las terapias de choque, fue considerada como uno de los tratamientos de elección para tratar a enfermos que padecían esquizofrenia tras su descubrimiento en el año 1933 por el psiquiatra Manfred Sakel (2). Tras su invención, el choque insulínico fue ampliamente utilizado durante las décadas de 1940 y 1950 en los hospitales psiquiátricos de todo el mundo y, como muestra el material de archivo recabado en la presente revisión, también en España y en la comunidad autónoma de Galicia (3,4). Finalmente esta revolucionaria técnica caerá en desuso apenas unos años más tarde, debido a su peligrosidad y a la introducción en la práctica de la psiquiatría de los fármacos antipsicóticos (5).

2.1 LOS INICIOS DE LA TERAPIA DE SAKEL

Esta nueva técnica fue desarrollada por el psiquiatra austriaco Manfred Joshua Sakel, nacido en el año 1900 en el pueblo de Nadvornaya, en una región de Polonia que con los años pasaría a pertenecer al país austriaco. Sakel obtiene su título en medicina en la universidad de Viena y su muerte se produce repentinamente en 1957, a causa de un infarto agudo de miocardio.

Los inicios de la insulino-terapia se remontan al año 1927, y tienen lugar en el Hospital de enfermos mentales de Lichterfelde, en Berlín, la capital alemana, cuando Sakel provoca, al parecer debido a un error, un coma superficial en una paciente mujer adicta a la morfina, mediante la administración de una inyección de insulina. Tras este incidente y una vez revertido el coma, los facultativos allí presentes constataron cómo la paciente había obtenido una notable recuperación de sus facultades mentales.

Ocurrido este suceso, en torno al año 1930, el psiquiatra es consciente de las posibilidades que entraña este procedimiento, por lo que decide trasladarse a la clínica de neuropsiquiatría de la Universidad de Viena para seguir perfeccionando lo que, años más tarde, se convertiría en la “Técnica de Sakel”.

En fecha de 3 de noviembre de 1933, en una reunión de la Sociedad Médica de Viena, Sakel anuncia su descubrimiento ante la comunidad científica de la época. La comunicación oficial de su técnica fue recibida con

gran entusiasmo por el resto de profesionales ya que, hasta entonces, no se disponía de ningún tratamiento biológico para tratar la esquizofrenia. (6,7).

Tras la presentación científica de la insulino-terapia, Sakel lleva a cabo cerca de 13 ensayos clínicos diferentes entre los años 1934 y 1935, procurando mejorar la técnica y buscando nuevas indicaciones, según sus hallazgos, más del 70% de sus pacientes obtuvieron una mejoría clínica después de la administración de la terapia de choque con insulina (2,8).

2.2 PROCEDIMIENTO.

La cura de Sakel consistía en la inducción de un coma hipoglucémico por medio de la administración de dosis altas de insulina. Para ello en un principio se utilizó la vía subcutánea y posteriormente se perfeccionó la técnica recurriendo al uso de la vía intravenosa, que hacía el procedimiento más controlado y seguro.

Durante las primeras sesiones, el tratamiento se iniciaba con una dosis pequeña de insulina, entre 8 y 30 unidades, la cual iba incrementándose en cada sesión pudiendo llegar hasta alcanzar incluso las 500 unidades, para lograr establecer un estado de coma completo de manera prolongada. Este coma se mantenía entre 15 minutos y una hora para, posteriormente, ser revertido con soluciones altamente azucaradas, en este caso té o leche azucarados, los que se suministraban al paciente mediante una sonda nasogástrica o bien por vía intravenosa. Generalmente se realizaban varias sesiones semanales en el transcurso de varios meses, alcanzándose en torno a 50 sesiones en total por paciente.

Una vez que los pacientes recuperaban la conciencia, los síntomas de la enfermedad revertían de forma temporal en lo que los psiquiatras llamaban “periodo de lucidez”, el cual, con la consecución de sesiones, sería cada vez más prolongado en el tiempo, hasta una total desaparición de los síntomas.

Según diferentes estudios clínicos de la época, entre las complicaciones más graves de la técnica destacaban el daño cerebral (que en algunos casos podía llegar a ser permanente), la encefalopatía, las complicaciones cardiovasculares, e incluso en un 1-10% de los casos, provocar la muerte del paciente.

Con el paso de los años, sobre esta técnica inicial el propio Sakel desarrolló distintas variantes de la terapia insulínica. En un intento de adaptarlas a los diferentes subtipos de esquizofrenia, Sakel provocaba un coma más prolongado para tratar específicamente las formas crónicas de la esquizofrenia. También, tratando de minimizar los riesgos derivados del procedimiento, el psiquiatra utilizaba el subcoma insulínico, provocando hipoglucemias manifiestas pero sin llegar al coma. Este procedimiento, además de menos invasivo, permitía que el tratamiento pudiera administrarse de manera ambulatoria, pudiendo regresar el paciente a su domicilio al finalizar cada sesión, sin necesidad de proceder a un ingreso en una institución psiquiátrica (8).

2.3 REPERCUSIÓN INTERNACIONAL DE LA TÉCNICA.

Tras su descubrimiento en el año 1933, el choque insulínico fue considerado uno de los tratamientos de elección para la esquizofrenia y fue ampliamente utilizado durante las décadas de 1940 y 1950 en los hospitales psiquiátricos de todo el mundo.

En el año 1932 un gran estudio realizado en Estados Unidos y publicado en la revista de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría motivó que la técnica se extendiera rápidamente por todo el mundo. Según dicho estudio, publicado por los doctores John R. Ross y Benjamin Malzberg, 1757 casos de esquizofrenia fueron tratados con terapia de choque de insulina, de los cuales el 11% tuvo una recuperación rápida y total, el 26,5% mejoró mucho y el 26% obtuvo alguna mejora. (9)

La repercusión de la cura de Sakel fue tan grande que en 1936, apenas tres años tras el anuncio de su descubrimiento, ya hay constancia de como su uso se extendió por todo el planeta, aplicándose en al menos 22 países. También se crearon rápidamente unidades especiales para aplicar la cura insulínica en más de un centenar de hospitales americanos. Esta pronta distribución de la técnica nos confirma la importante demanda que generó y la gran necesidad que existía de alcanzar una cura para estos enfermos (10).

Según un estudio retrospectivo realizado en los Estados Unidos, que abarca el periodo entre los años 1935 y 1941, en estos años se utilizaban en el país tres técnicas principales para tratar la esquizofrenia: la terapia con insulina,

el shock con cardiazol y la terapia electroconvulsiva. Durante este periodo de tiempo, al menos una de las tres terapias se había administrado a un total de 75.000 pacientes en los 305 hospitales psiquiátricos revisados.

Esta técnica resultó tan innovadora que llegó a copar artículos no solo en numerosas publicaciones científicas, sino también en revistas de impacto internacional y divulgación general, como la revista americana *Time Magazine*, con una reseña incluida en el volumen de Enero de 1937.

Tal fue su repercusión que en 1958 se celebró en New York una conferencia internacional sobre los tratamientos con insulina en psiquiatría, en donde se repasaron su uso y efectividad.

2.4 REPERCUSIÓN EN ESPAÑA Y EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA.

En España, uno de los primeros registros del uso de este procedimiento data del mes junio de 1936, en el Sanatorio Frenopático de San Baudilio de Llobregat, en Cataluña. Apenas ocho años más tarde, en el año 1942, esta técnica va a ocupar un lugar preferente en el Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría, realizado en la ciudad de Barcelona. Famosos psiquiatras españoles del momento, como Juan Antonio Vallejo Nágera y Ramón Sarró van a aplicar dicha terapia a los enfermos en sus hospitales y también incluirán los beneficios de la misma en sus manuscritos (11,12).

No obstante, no existen muchos trabajos publicados relativos a la práctica de esta terapéutica en España, una de las pocas revisiones estadísticas que hemos hallado versa sobre el uso de la insulino terapia en Leganés, municipio perteneciente a la provincia de Madrid, durante las décadas de los 40 y 50. En dicho estudio se revisaron los historiales de los 615 pacientes ingresados en el Manicomio de Leganés entre junio de 1939 y diciembre de 1952. De estos pacientes, el 28%, es decir 173, recibió algún tipo de tratamiento de choque o farmacológico y un 15% de estos pacientes fueron tratados mediante la técnica de Sakel, que era utilizada en monoterapia o combinada mayoritariamente junto al electroshock (9%) y se administraba de forma indistinta en hombres y mujeres (13).

En Galicia, nuestra comunidad, hemos realizado una investigación y búsqueda de documentación (registros clínicos, material gráfico y publicitario)

que demuestra como la Terapia de Sakel fue utilizada tanto en hospitales psiquiátricos y manicomios públicos como en los sanatorios privados de las cuatro provincias gallegas (3, 4, 14).

En cuanto a los hospitales psiquiátricos públicos, encontramos constancia de la aplicación de dicha terapia tanto en el Sanatorio Psiquiátrico de Toén (abierto en 1959, dependía del Patronato Nacional Asistencia Psiquiátrica-Dirección General de Sanidad), en la provincia de Ourense, como en el Manicomio de Conxo en Santiago de Compostela (un manicomio propiedad de la Iglesia de Compostela, y que concertaba plazas con las Diputaciones provinciales).

En el primero, el Hospital de Toén (Ourense), se examinaron los registros de los historiales de los 100 primeros pacientes ingresados, de los cuales el 5% recibieron tratamiento con la Cura de Sakel, frecuentemente combinada con otras terapias, siendo mayoritaria su administración junto con los nuevos psicofármacos. Señalemos el año de apertura, 1959, en un año que marca el inicio del declive del uso de la cura de Sakel a nivel mundial (14).

Para el estudio del Manicomio de Conxo, en la capital de Galicia, se ha realizado una revisión no exhaustiva de los historiales de los pacientes ingresados entre los años 1953 y 1959, donde queda constancia del amplio uso de esta terapia en el hospital gallego, ya que de los 139 historiales revisados, 96 de ellos, es decir un 69% de los pacientes, recibieron terapia con insulina, la cual también se administraba de manera conjunta con terapia electro convulsiva y/o fármacos antipsicóticos (los que comenzaban a introducirse en la práctica clínica) (14). Apenas unos años más tarde su administración decae de forma progresiva hasta dar paso a la monoterapia con antipsicóticos, según los informes recabados, en el centro se utilizaban fundamentalmente la clorpromazina, pero también el haloperidol y la reserpina, entre otros.

Para tratar de acercarnos al uso de la insulino-terapia en los centros psiquiátricos privados de Galicia en ese período se revisaron los anuncios y noticias de prensa (general y profesional, y también anuncios publicitarios en programas de fiestas locales de diversas ciudades gallegas) de la época entre los años 1933 y 1961. Asimismo, también se recurrió a testimonios orales de profesionales de la psiquiatría que desarrollaron su trabajo en aquellos centros. Tras esta revisión, hemos podido tener constancia de su

aplicación en varios hospitales entre los que se incluyen, si bien pueda haber sido aplicado en otros centros de Galicia en ese período:

El Sanatorio Psiquiátrico de Perpetuo Socorro, en la ciudad de Ourense, dirigido por los doctores Nicandro Pérez y de Manuel Cabaleiro Goás, y en donde la Técnica de Sakel se aplicó desde el año 1943 hasta al menos 1961. Hemos manejado diferentes anuncios en *La Región* (Ourense), *El Pueblo Gallego*, *Galicia Clínica...*

El Sanatorio “Villa Blanca”, del doctor Roel Gerbolés en A Coruña. Existen anuncios de prensa de los años 1950 y 1953 en los que se promociona la cura insulínica entre varias terapias de choque y también la psicocirugía.

El Sanatorio Lois Asorey, en Santiago de Compostela. Anuncio de prensa de 1952. En este hospital además existían dos salas de insulino-terapia. (*La Noche: único diario de la tarde en Galicia*, 03/07/1952).

También se administró la terapia en el Sanatorio San José, en Vigo, el cual fue dirigido por el doctor José Pérez López Villamil, médico psiquiatra y catedrático de Medicina Legal de la Universidad de Santiago de Compostela (información aportada por el doctor Villamarín, psiquiatra de Vigo, que trabajó en dicho centro y conoció personalmente al Dr. López Villamil).

La actividad clínica y las publicaciones científicas del ilustre psiquiatra gallego, Manuel Cabaleiro Goás (1918-1977), también suponen una notable fuente de conocimiento con respecto al uso de esta técnica en Galicia. El Sanatorio del Perpetuo Socorro fue regentado por el doctor Cabaleiro y su socio el doctor Nicandro Pérez Vázquez desde su inauguración en 1943 hasta su clausura en los años 80. Durante este periodo, ambos psiquiatras utilizaron todas las técnicas terapéuticas del momento, entre las que se encontraban la insulino-terapia, la terapia electroconvulsiva y la electronarcosis, y también sus combinaciones, como la sumación alternante coramina-electro choques o la sumación alternante insulina-electro narcosis (15,16).

En uno de sus libros más precoces, *Psicosis Esquizofrénicas*, del año 1947, cuyo prólogo vendrá de la mano del Dr. Villamil, Cabaleiro aborda en un capítulo completo acerca de los medios curativos de la época para las psicosis

esquizofrénicas. En dicho capítulo el autor hace una distinción entre dos periodos a los que bautiza como la era pre-insulínica y la post-insulínica, presentando referencias de los diversos tratamientos y clasificándolos según diversos autores (15).

El mismo Cabaleiro publicará también, en la revista *Galicia Clínica*, en su volumen de diciembre del año 1954, un artículo en el que aborda el caso de un paciente varón de 10 años que padecía de esquizofrenia infantil paranoide y al que le fue aplicado un tratamiento alternante insulina-electrochoque con éxito.

Por fuentes orales de los familiares del médico psiquiatra compostelano Luis Besada Varela, sabemos que a mediados o finales de los años 50, este médico realiza en la Facultad de Medicina de Santiago un proyecto de tesis (dirigida por el Dr. Villamil) sobre el nistagmus en la insulino-terapia como tratamiento de las agitaciones psicóticas. Dicha tesis no se llegó a terminar ni a presentar porque la irrupción de los primeros neurolépticos provoca el abandono de las curas de insulina.

CONCLUSIONES

La Cura de Sakel supuso el inicio de una nueva etapa en la psiquiatría, su descubrimiento fue recibido con gran entusiasmo por los psiquiatras de la época al tratarse del primer tratamiento biológico para la esquizofrenia. Su pronta distribución por todo el globo nos confirma la importante demanda que generó y la gran necesidad que existía de alcanzar una cura para estos enfermos. En concreto en España, su uso comenzó en 1936, apenas tres años después de que su autor, Manfred Sakel, diese a conocer la técnica a la comunidad científica de Viena. En Galicia, durante las décadas de los 40 y 50, la técnica de la cura de Sakel fue aplicada tanto en hospitales públicos como sanatorios privados, encontrando registro de hasta 6 centros distintos. Finalmente y tras la aparición de los nuevos fármacos antipsicóticos, el uso de la insulino-terapia comenzará a disminuir hasta expirar, bien entrados los años 60.

BIBLIOGRAFÍA

1. SHORTER E. *Historia de la psiquiatría*. Madrid, J&C ediciones Médicas, 1999, pág. 207-214.
2. SAKEL M. “The Origin and Nature of the Hypoglycemic Therapy of the Psychoses”. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*. 1937;13(3):97-109.
3. SIMÓN LORDA D. FERRER L. “Asistencia psiquiátrica en el primer franquismo: Ourense (1939-1959)”. *Anales de Psiquiatría*. Vol. 15. No. 5. 1999.
4. RODRÍGUEZ NOGUERA M. V, SIMÓN LORDA D, BALSEIRO MAZAIIRA E, MOREIRA MARTÍNEZ M. M, RODRÍGUEZ CARMONA L. “Piretoterapias, curas de Sakel, electroshock y otras terapias (psiquiatría en Galicia-España, 1916-1984)”. En: Pereira A, Pita RJ. *História interdisciplinar da loucura, psiquiatría e Saúde mental-VII*. Coimbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde / Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX - CEIS20, Universidade de Coimbra; 2017. P.93-110.
5. VALENSTEIN ES. *Great and Desperate Cures: The Rise and Decline of Psychosurgery and Other Radical Treatments for Mental Illness*. New York: Basic Books, 1986.
6. DOROSHOW DB. *Performing a cure for schizophrenia: insulin coma therapy on the wards*. *J Hist Med Allied Sci*. 2007;62(2):213-243. doi:10.1093/jhmas/jrl044
7. SHORTER E. *Sakel versus Meduna: different strokes, different styles of scientific discovery*. *J ECT*. 2009; 25 (1):12-14. doi:10.1097/YCT.0b013e31818f5766
8. SAKEL M. “Insulin Therapy in the future of Psychiatry”. *Canadian Medical Association Journal*. 1938;39(2):178-179.
9. ROSS, JOHN R., MALZBERG B. “A review of the results of the pharmacological shock therapy and the metrazol convulsive therapy in New York State.”. *American Journal of Psychiatry* (1939): 96.2 297-316.

10. SOREFF, STEPHEN M., BAZEMORE P. “Putting schizophrenia’s demons to sleep: the use of insulin coma therapy led to a greater understanding of schizophrenia’s biologic origin.” *Behavioral healthcare* 26.2 (2006): 9-12.
11. VALLEJO-NÁGERA J A. *Tratamiento de las enfermedades mentales*. Valladolid: Santaren, 1940.
12. SARRÓ R. *Tratamiento moderno de las esquizofrenias*. Editorial: Colección Española de Monografías Médicas, 1940..
13. CONSEGLIERI A, VILLASANTE O. “Neuropsiquiatría de posguerra: una aproximación a la población manicomial de Leganés.” *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 27.1 (2007): 119-141.
14. RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ B. Terapéuticas psiquiátricas en los inicios de la psicofarmacología moderna: El caso del Hospital Psiquiátrico de Toén (Ourense) y de otros centros de Galicia”. Trabajo TFG, Facultad de Medicina, Universidad de Santiago de Compostela, 2020.
15. CABALEIRO GOÁS M. *Psicosis Esquizofrénicas*, La Coruña, Moret, 1947 (2ª edición, Madrid, editorial Reus, 1949).
16. CABALEIRO GOÁS M. “Valoración de algunos factores que conducen a una más con_x005F_x0002_creta indicación de las terapéuticas de choque en los esquizofrénicos”, *Archivos de Neurobiología*, 1955, 18(3), 823-862.

FUENTES

Archivo y Biblioteca Hospital “Cabaleiro Goás-Toén” y “Hospital Psiquiátrico de Piñor”. Complejo Hospitalario de Ourense. SERGAS. Ourense.

Fondo Archivo Historiales clínicos de Sanatorio Psiquiátrico de Toén (Ourense): Expedientes Clínicos de pacientes. 1959-1960. PANAP. Archivo documentación clínica del Complejo Hospitalario de Ourense. SERGAS. Ourense.

Fondo Archivo Clínico de hospital psiquiátrico de Conxo: Expedientes Clínicos de pacientes. 1885-1936. Archivo de Galicia (Santiago de Compostela).

Hemeroteca digital de Biblioteca de Galicia. <http://www.galiciana.biblioteca degalicia.xunta.es/GalicianaDixital>.

Periódicos consultados (*La Noche, Vida Gallega...*).

Hemeroteca.betanzos.net: Anuncio de Villa Blanca en folleto de Festas Patronais San Roque. *Libro de festas patronais San Roque*, 1953.

P. A. N. A. P.
SANATORIO PSIQUIATRICO
TOÉN (ORENSE)

CURA DE SAKEL

39

Enfermo Abril. 1961.....

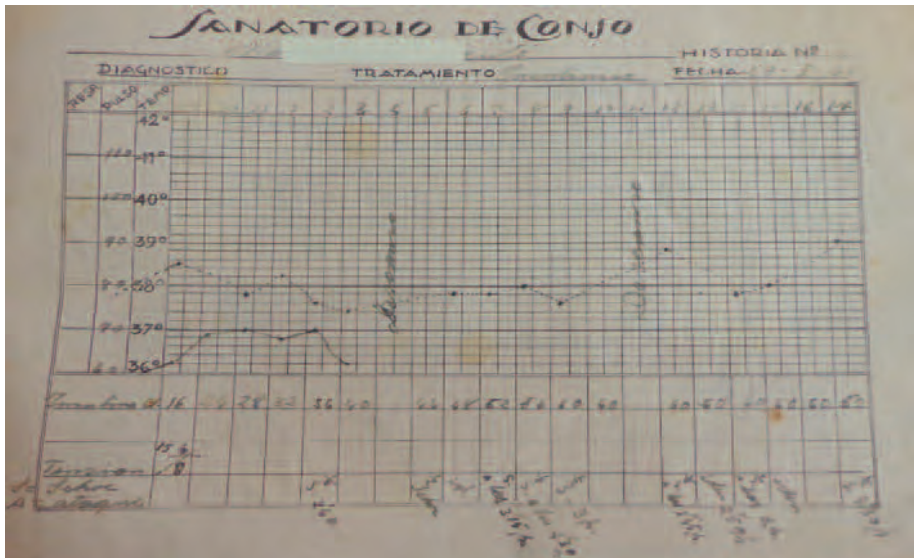
Núm.	L ₂₀	30 ^M	40	50	55	60 ^S
Unidades Insulina..						
Hora Comienzo.....	20	6 ¹ / ₂	6	6 ¹ / ₂	6 ¹ / ₂	6
Sapar.....						
Coma.....						
Hora terminación ...		11	10 ¹ / ₂	11	11	11
Gama azucar.....	19	30	80	100	110	120
Inquietud.....						
Convulsiones....						
Náuseas,vómitos....						
Otras incidencias....						
Tensión arterial:		12 ¹ / ₂ -8	10 ¹ / ₂ -7	10-5	11-6	11 ¹ / ₂ -6
Pulso:.....		64	68	52	68	68
Horas:		9 ¹ / ₂	10	10	10	10
Respiración:		18	18	16	22	20
Horas:			10	10	10	10
Temperatura:		36 ¹ / ₂	35.4	35.2	35.9	36
Horas:		10		10		10

36-c

P.A.N.A.P, SANATORIO PSIQUIÁTRICO DE TOÉN (OURENSE)
Hoja de registro de Cura de Sakel. Julio de 1961



P.A.N.A.P, SANATORIO PSIQUIÁTRICO DE TOÉN (OURENSE)
 Hoja de registro de Cura de Sakel. Julio de 1961



Hoja de registro del Manicomio/Sanatorio Psiquiátrico de Conxo-Santiago de Compostela, Enero 1940 (Archivo de Galicia). CURA DE SAKEL.

SANATORIO PSIQUIATRICO DEL PERPETUO SOCORRO
ENFERMEDADES MENTALES Y NERVIOSAS

DIRECTORES
DR. JOSÉ PÉREZ Y L. VILLAMIL
 CATEDRÁTICO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE SANTIAGO
 CONSULTA MEDIANTE CITA

Dr. MANUEL CABALEIRO GOAS **Dr. NICANDRO PÉREZ VÁZQUEZ**
 Profesor Ayudante de la Facultad de Medicina de Santiago (Médico interno)
 Profesor Ayudante de la Facultad de Medicina de Santiago

CONSULTA DE 11 A 2 CONSULTA DE 4 A 6
 (Los jueves, de 4 a 6, consulta gratuita para pobres que lo acrediten)

PSICOTERAPIA - PSICAGOGÍA - PIROTERAPIA - CURAS DE REPOSO, DE SAKEL Y V. MEDUNA
 HIPOTERAPIA - ELECTROSHOCKTERAPIA

ESTABLECIMIENTO CON SEPARACIÓN COMPLETA DE SEXOS

BARRIO DEL COUTO **ORENSE**

Anuncio en el programa de fiestas de Ourense de 1943. “PSICOTERAPIA - PSICAGOGÍA - PIROTERAPIA - CURAS DE REPOSO, DE SAKEL Y V. MEDUNA - HIPOTERAPIA - ELECTROSHOCKTERAPIA” (Biblioteca Pública de Ourense)

SANATORIO PSIQUIATRICO

DEL PERPETUO SOCORRO

Enfermos mentales y nerviosos - Toxicomanías - Curas de reposo

DIRECTORES :

Dres. **NICANDRO PEREZ VAZQUEZ** y **MANUEL CABALEIRO GOAS**

Teléfono 211170 - Pazo de Guizamonde - O R E N S E



Enmarcado en una mansión señorial y situado en un lugar desde el cual se disfruta de la visión de un hermoso paisaje, hace al enfermo olvidar que se halla internado en un Sanatorio, lo que convierte a este factor en un eficaz coadyuvante de la terapéutica.

TODOS LOS TRATAMIENTOS PSIQUIATRICOS ACTUALES

MAXIMO CONFORT — PENSIONES DE 1.^a y 2.^a CLASE

Y ESPECIALES PARA ENFERMOS PERMANENTES

El edificio está rodeado por una magnífica finca para solaz de los enfermos (huerta, jardines, arboleda, etc.)

Anuncios del Sanatorio Psiquiátrico del Perpetuo Socorro (Ourense).
Galicia Clínica, 1961.

Abierto en 1943, situado inicialmente en el barrio de El Couto, se traslada en el año 1947 al pazo de Guizamonde hasta su cierre en los años 80. Regido por el Dr. Manuel Cabaleiro Goás y Nicandro Pérez Vázquez.

SANATORIO PSQUIATRICO DEL PERPETUO SOCORRO
Enfermedades mentales y nerviosas

DIRECTORES:
DR. JOSE PEREZ y L. VILLAMIL
Catedrático de la Facultad de Medicina de Santiago
Consulta mediante cita

Dr. MANUEL CABAILEIRO GOAS Prof. Ayudante de la Facultad de Medicina de Santiago Consulta de 11 a 2 (Los jueves, de 4 a 6, consulta gratuita para pobres que lo acrediten)	Dr. NICANDRO PEREZ VAZQUEZ (Médico interno) Prof. Ayudante de la Facultad de Medicina de Santiago Consulta de 4 a 6
--	---

ESTABLECIMIENTO CON SEPARACION COMPLETA DE SEXOS
PSICOTERAPIA — PSICAGOGIA — PIETOTERAPIA
CURAS DE SAKEL Y V. MEDUNA — HIDROTERAPIA
ELECTROSHOCKTERAPIA
MAREIG DEL COUTO ORENSE

Anuncio Sanatorio de Cabaleiro Goás y Nicandro Pérez, Ourense.
El Pueblo Gallego 18 febrero 1943



Sanatorio Neuro-Psiquiátrico

"VILLA BLANCA"

Director: DOCTOR ENRIQUE ROEL GERBOLES

Calle de Martínez Salazar, 5 - Teléfono 2955 - La Coruña

SECCION PSIQUIATRICA

Psicosis, Neurosis, Toxicomanías, etc.

Tratamientos modernos: Choques insulínico, eléctrico, cardiazólico

Cura de Klaesi, Psicoterapia, PSICOCIRUGIA

SECCION NEUROLOGICA

Tratamientos y exploraciones especializadas (neumencefalografías, ventriculografías, mielografías, etc., etc.)

Imagen del programa oficial de las fiestas de Betanzos, en Agosto del año 1953.

Sanatorio Neuro-psiquiátrico Villa Blanca. A Coruña. "Tratamientos modernos: Choques insulínico, eléctrico, cardiazólico. Cura de Klaesi, Psicoterapia, PSICOCIRUGIA"

¿No deberíamos haber “caído” ya?

Paula Marcos Carregal

Residente de Psicología Clínica
Complejo Hospitalario Universitario Ferrol

Correspondencia: paulamarcos90@gmail.com

*Texto de la ponencia presentada en la Jornada “A saúde mental na sociedade actual”
(30 de enero 2019. Proxecto de Benestar Social, Pontevedra.)*

Cuando me propuse escribir algo para el *Siso Saúde*, pensé en rescatar un artículo sobre el trabajo que había realizado con ayuda de mi adjunto y *amigo* sobre las repercusiones emocionales del proceso de una enfermedad grave entendida como una *crisis* en la vida de las personas.

Pensé en darle una vuelta y adaptarlo a la situación actual de pandemia, y a la *crisis* a la que los profesionales sanitarios nos enfrentamos.

De esta manera con esta idea, fui a visitarlo (*a pesar de estar ya liberado*), a enseñar orgullosa la tarea, resumen de todo lo que había aprendido con él; sin embargo y con su habitual generosidad y amor (*como su nombre bien dice*) porque progresa, me invitó a enfrentarme a mis propias reflexiones “porque como buena residente de 4º año *ya soy mayor*”.

En tiempos de pandemia, donde las noticias nos desbordan constantemente, parece que se abre un nuevo camino para la Psicología Clínica, derivado de las consecuencias del confinamiento, de la separación de los seres queridos y de los altos niveles de estrés laboral que acompañan a esta situación.

La *crisis* invade toda nuestra vida, alterando los procesos de tiempo y espacio. Todo aquello que habíamos planeado para el futuro, para el día a día, así como las pequeñas metas que nos daban aliento para seguir, de repente están paralizadas.

Los esquemas cognitivos de seguridad que hasta ahora nos habían funcionado, están rotos. No existe la seguridad de la predictibilidad, del *saber* que va a pasar.

La situación se puede volver altamente angustiante por su cronicidad, la invasión total en el trabajo y las limitaciones en la vida diaria de los profesionales de la salud, por eso, se habla de la necesidad de identificar, normalizar y trabajar con las reacciones emocionales que pudieran surgir:

– Pueden aparecer reacciones de ira y normalizar la ira es complejo, ya que es una emoción muy censurada socialmente. Puede surgir la idea de no tener derecho a enfadarse ya que están realizando su trabajo, o por lo menos están vivos y tienen que estar agradecidos.

– Se habla de la tristeza como forma adaptativa de enfrentarse a las situaciones estresantes, una emoción relacional que lleva a la búsqueda de consuelo y de expresión de malestar.

– Se habla también de las diferentes formas de ansiedad, esa reacción que tanto se teme, que tanto alarma a cercanos y al clínico, y que inunda la subjetividad.

Todas ellas son reacciones esperables a una situación de estrés continuado, en un contexto de alta exigencia clínica y ética que implican decisiones complejas.

Sin embargo, sorprende la capacidad de superación de nuestros compañeros, de aguantar y aguantar con sus recursos sin tener que recurrir a un apoyo emocional externo, “*profesional*”. Lo que suponíamos que iba a pasar, no está pasando.

Pedir ayuda, tal vez coloca al otro imaginariamente en una posición asimétrica, pensar y hablar de la propia vulnerabilidad es algo en lo que uno no se puede permitir pensar cuando hay otros que lo necesitan para vivir.

En este colectivo sanitario sobre el que hay mucha presión social y estatal, con constantes exigencias: más horas, más esfuerzo, más implicación...

aludiendo a su estatus de profesional esencial de la salud, hablar de trastornos de ansiedad o trastornos depresivos puede producir un absoluto rechazo emocional, con el riesgo de que todas las defensas que lo estaban manteniendo en la lucha se desmoronen.

La ansiedad, la tristeza, la ira... son los nombres que los profesionales de Salud Mental damos a las diferentes reacciones emocionales que sabemos están sufriendo; constatamos la presencia de estigma, miedo y rechazo en los colectivos sanitarios, no *psy*, para los que esas son “*cosas de locos*”.

En todo este escenario no se puede olvidar la presión social añadida que tienen los profesionales de Salud Mental, con la exigencia de atender a aquellas personas que están sufriendo, física y psíquicamente, corriendo el riesgo de olvidarnos de nosotros mismos, por muy expertos en ayuda emocional que seamos...

El otro día, otra adjunta (*de la que tanto he aprendido sobre el cuidado al otro*) me sugería la posibilidad de reflexionar e investigar en relación al número de profesionales de Salud Mental que están solicitando apoyo emocional.

Aunque la idea inicialmente me pareció muy interesante, en el fondo sabía que no serían muchos. No por ser expertos emocionales, ya que el tener dicho saber no nos exime de la afectación o del dolor. Sino porque en nosotros mismos están funcionando los mismos mecanismos de defensa (*a pesar de conocerlos*), *aquellos* que ayudan a sostener en situaciones difíciles, y donde ese rechazo al mundo emocional, no tiene por qué ser un mecanismo de enfermedad, sino que cumple una función en la salud general.

Tal vez, en vez de hablar en términos de “*locura*”, estaríamos más dispuestos a hablar en términos de *saber*. El saber que nos ha llevado hasta donde estamos y que tanto esfuerzo nos ha costado:

Sin embargo, el saber ha desaparecido.

El nuestro, el de nuestros compañeros.

La seguridad que nos proporcionaba el saber en el trabajo, ya no está.

Ahora toda situación es confusa, el saber no tiene lugar, predominando la llamada “*falta de saber*”. Cuando esto ocurre, significa que nos estamos enfrentando a algo desconocido, para lo que no estamos preparados. Nos enfrentamos a una situación donde nadie sabe qué va a pasar.

La falta de certeza, la incertidumbre, la no posibilidad de organización futura es lo que nos desestructura, lo que nos desequilibra, porque los principios de protección y seguridad se alteran.

Los turnos de trabajo prolongados y cambiantes, la duda sobre si hacemos lo correcto, el temor al propio contagio, el miedo a llegar a casa cada día sabiendo que puedes contagiar a los tuyos...

Frente a esto se impone lo real: la amenaza diaria de la propia muerte, o la de nuestros compañeros y familiares. Cuando se intenta salvar una vida, también se intenta salvar la propia; aferrarse a la vida intentando *hacer* algo.

Hablando del *hacer*: la rutina que antes nos daba seguridad ha quedado rota, se ha convertido en un espacio de dolor, no de placer, dejando de cumplir su función.

¿De qué hablamos cuando hablamos de depresión o de ansiedad? De un desequilibrio en la vida de la persona, un desequilibrio que no es cognitivo, que no es racional, sino afectivo.

Si hace años me preguntaran con qué pensamos los humanos, diría y sería capaz de justificar, que con el cerebro. Sin embargo, en estos años, he ido aprendiendo que lo que nos mueve y dirige es la relación con el otro, lo que surge cuando conectamos con ellos, cuando tenemos la oportunidad de encontrarnos con el otro, aunque solo sea por un segundo. Es lo emocional lo que está comprometido. Es una clínica del deseo: el deseo de satisfacción en el trabajo, de ejercer nuestra función desde un supuesto saber para ayudar a los otros.

Cuando nuestro principio de vida, cuando la pulsión, y el saber está comprometido, cuando el DEBER se impone al DESEO, es cuando aparece la clínica del desequilibrio: dormir, comer, beber, fumar en exceso. Lo que antes nos producía placer, ya no lo hace. Donde antes había deseo, ahora hay dolor. Son pequeñas cosas del día a día. Y así, es como en ocasiones gestionamos el dolor con el que tenemos que vivir a diario.

Tal vez, si somos capaces de transmitir esto, de hablar del día a día, de lo cotidiano, de lo que nos une, quizás seamos capaces de crear un espacio de liberación, un espacio donde sea posible el encuentro con el otro, aunque tan solo sea por un segundo...

Nota sobre la dimensión política del cuerpo

Gustavo Dessal

Psicoanalista ELP-AMP Madrid. Escritor.

Correspondencia: g.dess.esp@cop.es

I. El psicoanálisis partió del descubrimiento de que la conciencia no abarca la totalidad de los hechos psíquicos. Se llamó a eso el inconsciente, aunque ni siquiera el propio Freud estaba plenamente satisfecho con el término. En cualquier caso, constituye un modo de designar el anudamiento del hombre a la palabra, y los efectos que de ello se derivan van mucho más allá de lo que él es capaz de percibir. Por esa razón preferimos hablar de sujeto, puesto que evoca la sujeción a los simbólico que a todos nos afecta. Eso no significa desconocer la base orgánica, el sustrato biológico del sujeto como viviente. Pero en tanto se constituye en el seno de lo simbólico, el ser hablante se separa de su organismo como ente natural, sufriendo una merma de su relación inmediata a lo sensible de lo vivo. El organismo, la vida, sólo retorna al sujeto a través del cuerpo, que es aquello de lo que se goza.

II. Un cuerpo es algo que también posee una forma, y esa forma se nos representa a título de imagen, de reflejo visible. Desde siempre se sospecha que toda imagen tiene algo de engañoso. Póngase por caso a los hebreos, quienes de forma explícita prohibían la adoración de las imágenes. Curiosamente, extendieron la censura hasta la representación del propio nombre de Dios, impronunciable. Privado de imagen y silenciado en su nombre, Dios se reduce a su verdadera esencia: un agujero. Un agujero es algo difícil de soportar (como lo demuestra el fetichista), y lo insoportable del agujero tiene bastante que ver con el antisemitismo. ¿Cómo se puede aceptar a los

que veneran un agujero? De todos modos, los hebreos tampoco fueron del todo consecuentes, puesto que escribieron que Dios hizo al hombre a su imagen y semejanza, lo que supone atribuirle a la Creación un carácter sorprendentemente narcisista.

III. Sucede que el hombre es débil, y no puede resistir la idea del agujero. Por esa razón dispone de la facultad de forjar imágenes, representaciones. Debemos al psicoanálisis el descubrimiento de que todo lo que el ser hablante se representa es el reflejo de la imagen del cuerpo. En otras palabras, que impone a todos los objetos del mundo la forma de su propio yo. Esto está presente en innumerables ejemplos, desde la concepción oriental de que las castas sociales son emanaciones de las partes del cuerpo de Buda, hasta la publicidad de automóviles. ¿Cómo se vende un coche? Demostrando con imágenes su valor de metáfora fálica, y añadiéndole el cuerpo de una bella mujer en metonimia. Resulta muy sencillo humanizar los objetos inanimados si se sabe manipular este hecho de estructura.

La ciencia pre-moderna se sostiene en el empleo a ultranza de la representación, la imagen del cuerpo. Todo el universo se concibe como un gran organismo al que se le atribuyen las funciones del cuerpo. Piénsese en las constelaciones, y en el júbilo que produce reconocerlas en el firmamento. Hay en ello un goce, el goce de encontrar en el cosmos la forma del cuerpo. Es lo propio de la debilidad mental del hombre: concebir el cuerpo como norma, como emblema.

Para los griegos, la sabiduría estaba representada por el cosmos imaginado como cuerpo perfecto. De allí que la política se diseñase a partir de la medicina, aplicada al cuerpo social. Descartes fue uno de los primeros en aproximarse de verdad al agujero, y así logró despertar una ciencia que pasase “por debajo” de la representación. Propuso vaciar al sujeto de todo lo mental: sensaciones, percepciones, juicios, conocimiento, todo es sospechoso de engaño. Pero queda el “yo pienso”. Freud fue más radical: allí donde yo creo que pienso, hay en verdad un agujero. Lacan fue incluso más lejos: “Pienso con los pies”, dijo ante un público de americanos incrédulos. De todos modos, el paso cartesiano tuvo sus efectos. Libró a la ciencia del mayor de sus obstáculos: la representación, el sentido, que siempre se deriva

de la forma del cuerpo, y le proporcionó un lenguaje que no significa nada. Eso desemboca en el ordenador, al que nos gusta imaginar como si se tratase de un sujeto. Por ese motivo incluso le han agregado la voz.

IV. La medicina siempre ha creído ser una ciencia. En ello radica su debilidad, puesto que se trata de una presunción que en el fondo le ha impedido esclarecer la relación que mantiene con las ciencias en las que se apoya. Por eso padece una crisis de identidad, en tanto ya no puede discernir la función del médico como receptor de una demanda motivada en el sufrimiento, de la función del técnico. La noción menos elaborada de la medicina (¡tiene gracia!) es la salud. Queda demostrado con los medios que se emplean para alcanzar el estado de salud, que pueden ser extremadamente contrarios a ese estado. La salud siempre ha estado asociada a la noción de equilibrio y armonía. Y para proteger la idea de armonía, hay que mantener a toda costa las ideas de medida y de proporción. Lacan señaló hasta qué punto la medicina, con su concepción del organismo como armonía, está infiltrada por una metafísica anticientífica. Frente a la buena forma de la medicina, la ciencia ha escogido la figura de la onda, de la discontinuidad. Atrapada en esta contradicción, la medicina ha ido alienando su saber en el discurso científico-técnico, al tiempo que preserva y perpetúa una noción de la salud que sigue anclada en la fantasmagoría cósmica del hombre.

Los griegos sostuvieron una equivalencia cósmica entre el hombre y la naturaleza que ha dejado una huella mental en la historia de la medicina: el equilibrio y la armonía como un estado natural del cuerpo. Una huella que subsiste hasta nuestro siglo, y que encontramos, por ejemplo, en Cannon, quien presenta su concepto de *homeostasis* en una obra titulada “La sabiduría del cuerpo”. Se supone un saber en lo real, un saber sobre la armonía. Por extensión imaginaria se puede concebir una sociedad como un cuerpo, diagnosticar sus males, y postular un remedio para restaurar el equilibrio.

V. Toda la inmensa maquinaria ideológica del Tercer Reich se apoyó en tres ejes principales: la ciencia, la medicina y la estética. La medicina está presente desde el inicio, desde el momento en que Hitler introduce la cuestión

judía en su *Mein Kampf*, empleando una metáfora médico-sanitaria. De la misma manera en que Robert Koch ha descubierto el bacilo de la tuberculosis, él, Adolf Hitler, ha descubierto el germen que enferma el cuerpo social de Alemania: el judío.

En 1910 Chesterton publica su manifiesto “What is wrong with the world” (“Lo que falla en el mundo”). Allí denomina “error médico” a la tendencia de los políticos a determinar el estado del mal social en lugar de proponer los remedios contra él. El gran Chesterton no podía imaginar que pocos años después alguien iba a proponer el remedio, y a la vez definir la norma de salud del cuerpo social.

El nacional-socialismo es una recreación invertida de la metáfora que identifica el cuerpo humano al cuerpo social. Mientras que en la antigüedad griega se trataba de aplicar la medicina a la política, el nazismo es el primero en politizar la medicina. La raza aria, la definición política de la raza como encarnación de un ideal político, se refleja en la definición de una norma del cuerpo capaz de superar las formas empíricas del organismo. De allí las expectativas que el régimen depositó en la genética, a la que alentó sin desmayo. La genética abría la posibilidad de subordinar la forma empírica del organismo al cálculo de una normatividad mítica. Uno de los aspectos menos estudiados del nazismo es el que concierne a su discurso imperativo sobre la salud. Se conoció la existencia de los “camiones de la muerte” como método experimental de exterminio masivo, pero se han difundido menos las campañas de los “camiones de la salud”, que recorrían Alemania cargados de instrumental médico. La población era obligada a subir a ellos, con el fin de vigilar su estado de salud y construir un gigantesco fichero clínico destinado a “limpiarla” de elementos deficitarios. Mucho más ignorado todavía es el hecho de que el exterminio como política de purificación racial fue previamente ensayado con la eliminación secreta de los alemanes ingresados en instituciones médicas por insanía y malformaciones congénitas.

La higiene del cuerpo constituyó una verdadera obsesión del régimen nazi, cuya propaganda exaltaba las virtudes de la superación del dolor y de la debilidad. Se favoreció la educación física y la gimnástica, y las movilizaciones de masas organizadas en desfiles y paradas eran concebidas como

representaciones de la perfección mítica y estética del cuerpo. Ciencia, medicina y estética se integraban en un proyecto que culminaría con la depuración del propio pueblo alemán.

¿Acaso esta realidad apocalíptica ha desaparecido? El ideal genético de corregir las desigualdades de la vida, aún despojado de toda aparente connotación ideológica, confina con una nueva forma del terror en este siglo: el totalitarismo de la salud como imperativo superyoico. Gabriel García Márquez calificó una vez de “terrorismo médico” a la tendencia creciente a considerar la enfermedad, la debilidad y la muerte, como malditas y execrables, como amenazas al orden político.

En el fondo, se trata de proponer una salud forzosa como intento de borrar esa castración que el psicoanálisis descubre en el corazón del hombre.

Psicoanálisis virtual¹

Emilio Vaschetto ¹

Psiquiatra.

Doctor en Medicina. Psicoanalista EOL.AMP. Buenos Aires. Argentina

Correspondencia: emilio.vaschetto@gmail.com

Voy a comenzar con una pregunta que les haré a ustedes –no sin antes habérmela hecho a mí mismo–. ¿Es posible hablar de nuestra práctica sin apelar a la coyuntura que nos atraviesa? La pandemia, fenómeno extendido a escala planetaria, ha modificado necesariamente nuestra clínica o, en todo caso, ha cubierto su rostro –para seguir con el título propuesto para esta mesa– con un manto opaco, difuso. Allá a lo lejos y hace tiempo, nada menos que Karl Marx vaticinaba la forma que asumiría la modernidad atribuyéndole un fenómeno desvanecimiento, de evaporación –fenómeno que un siglo después Lacan asignará al padre–. Decía Marx:

Todas las relaciones estancadas y enmohecidas, con su cortejo de creencias y de ideas veneradas durante siglos, quedan rotas; las nuevas se hacen añejas antes de haber podido osificarse. Todo lo sólido se desvanece en el aire; todo lo sagrado es profanado, y los hombres, al fin, se ven forzados a considerar serenamente sus condiciones de existencia y sus relaciones recíprocas.²

Si leemos en detalle, la rotura, el desvanecimiento, cualquier posibilidad de sacralización quedan objetadas. Me parece que es un buen punto para definir desde dónde venimos y hacia dónde vamos.

La clínica, que en su revisitada definición (“lo que se hace en el lecho del en-

1. Resumen de la intervención en la Mesa Redonda del Congreso de la Federación Mundial de Salud Mental “Los rostros de la clínica actual”, Buenos Aires, octubre de 2020.

2. MARX, K. *Manifiesto comunista*, citado por: BERMAN, M. *Todo lo sólido se desvanece en el aire. La experiencia de la modernidad*, España, Siglo XXI, 1982, p. 7. El subrayado me pertenece.

fermo”), configura para los que nos dedicamos al psicoanálisis otro lecho –el conocido diván–, hoy también se ha esfumado. La consulta remota o virtual ha tomado su relevo y los dispositivos tecnológicos han reemplazado el cuerpo a cuerpo, o como advierte Freud, se han transformado en una prolongación del cuerpo³. *Noli me tangere* –para quienes recuerdan la conocida expresión latina–. Se dice con entusiasmo que “hay efectos” y por eso es necesario investigar y tener la paciencia suficiente para así poder acumular una casuística que resulte significativa. Desde luego, no vamos a negar que haya “efectos”. Los hubo antes y los habrá en el futuro. Por algo existe una línea de asistencia al suicida. Sería de una necedad absoluta negar los beneficios de una asistencia remota para personas que nadan en el vacío y donde una palabra puede realmente salvarles la vida. Ahora bien, será nuestra tarea –la de los analistas– determinar si esos efectos, que en incontables ocasiones evitan el abismo de una dolorosa existencia, son propiamente analíticos. Si me atengo a nuestra disciplina, previo a las circunstancias que estamos viviendo (vale decir antes de zambullirnos en el mundo virtual) no desconozco los efectos que verificábamos en el sólo hecho del llamado telefónico a los fines de solicitar un turno. Incluso, son sabidas algunas consecuencias generadas no sólo en el momento del llamado sino anticipándose al mismo. Por ejemplo, un futuro analizante que, habiendo determinado la necesidad de emprender la tarea analítica, se dedica a tomar algunas decisiones antes de llegar a la consulta. De igual modo puedo mencionar, en particular, el caso de una mujer que decide consultar por problemas con su pareja pero que, al momento de la solicitud del turno, ya había tomado la determinación de separarse –lo cual le había deparado un gran alivio–. Es decir, sin haber tenido contacto conmigo, sin haber habitado las cuatro paredes de la consulta, ya había conseguido un primer alivio de su malestar.

No obstante, me interesan señalar algunos elementos que, según mi impresión, es menester tener en cuenta puesto que modifican considerablemente nuestra praxis –y, en consecuencia, el real en juego–. Estos elementos son: la presencia, la mirada y la voz. Desde luego, existen otros, pero decidí por una cuestión de tiempo desarrollar brevemente estos tres.

3. Cf. FREUD, S. *El malestar en la cultura*, en *Obras Completas de Sigmund Freud*, Vol. 21, Buenos Aires, Amorrortu, 1993.

LA PRESENCIA

Un concepto esencial de la práctica del psicoanálisis, sea el psicoanálisis aplicado –como es el que se realiza en las instituciones de salud mental– o el psicoanálisis puro –aquél por el cual alguien deviene psicoanalista–, es la llamada presencia del analista. Es un término que Jacques Lacan desarrolla exhaustivamente en el año 64⁴ pero, dada la síntesis apretada que implica esta comunicación, si tuviera que reducirlo al mínimo diría que se trata de “estar ahí”. Ahora bien, es un *estar ahí* muy particular entronizado en la historia misma del psicoanálisis. Una historia que comienza no con la relación médico-paciente sino con la relación hombre-mujer, como dice Germán García, esto es: la relación de Freud con las histéricas. De allí que Freud en *La iniciación del tratamiento*, compara el análisis con la gestación de un niño: la potencia del varón puede engendrar en el organismo de la mujer un hijo, pero por sí sólo no podría engendrar ni siquiera una parte del cuerpo. Es un buen ejemplo, pues el análisis excluye la relación sexual de entrada. Su realización anularía el procedimiento que se realiza en la suspensión de la relación sexual (la abstinencia como se dice), cuyo marco amoroso es la transferencia. Si el psicoanálisis descubre la sexualidad en las neurosis es, justamente, porque ha inventado un dispositivo donde no hay relación sexual. Pensemos por un momento qué de esa tensión erótica está puesta de relieve en la consulta virtual. ¿Qué esa presencia? Lacan tiene una idea temprana que está extraída del decir auténtico de sus pacientes: “súbitamente me doy cuenta de su presencia”⁵. Es un misterio, va a decir, con el cual no es fácil convivir. Avanzada su enseñanza, va a hacer de esa presencia la manifestación misma del inconsciente⁶.

Dentro de esta presencia añado otro punto complejo que es el silencio. Todos sabemos que el silencio no se reduce al callarse la boca sino a no responder cuando se puede responder. Verificamos que esta experiencia es poco tolerada en la atención remota.

4. Cf. LACAN, J. El Seminario, libro 11 “Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis” (1964-1965), Buenos Aires, Paidós, 1991.

5. LACAN, J. El Seminario, libro 1 “Los escritos técnicos de Freud” (1953-1954), Buenos Aires, Paidós, 1995, p. 70.

6. Cf. LACAN, J. *Posición del inconsciente*, en *Escritos 2*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2008.

LOS OBJETOS

Hace algunas semanas, antes de concluir la sesión, escucho de boca de una analizante “bueno, nos vemos hablando” —en lugar de decir “nos vamos hablando”—. Ese lapsus no tuvo una particular resonancia en ella, pero sí lo tuvo en mí. Sin pensar tomé mi celular y vi sobre el fondo oscuro de la pantalla el reflejo de mi propio rostro. Obtuve al respecto la impresión de lo *Unheimlichkeit*, de la inquietante extrañeza. No era seguro que, en cada conversación, hubiese alguien allí *realmente* detrás de ese dispositivo —al fin y al cabo no tenemos manera de verificarlo sincrónicamente—. Por otra parte, prescindiendo aún del recurso a la videollamada —como era el caso de esta mujer— no es seguro que no nos estemos *viendo hablando*, es decir obteniendo, cada vez, el reflejo tanto de nuestra voz como de nuestra imagen.

Gran parte de mis colegas, según el relevo que fui a lo largo de estos meses realizando, refieren que solamente atienden por llamada de voz, sin imagen. Sostienen que, de esta manera, hay un privilegio del objeto voz en la atención. Al respecto, viene a mi memoria el desarrollo que realiza Jacques Lacan a propósito de la pulsión invocante, cuando para argumentar su incidencia en el sujeto se ocupa de describir en detalle la anatomía del oído⁷. Ciertamente, es un modo de ejemplificar de qué manera la voz resuena en un vacío. Esta resonancia no es sólo el tubo que configura el espacio cerrado del oído medio, ni el retorno de la vibración a partir de los diferentes elementos fisiológicos y anatómicos del oído interno. La voz resuena en un vacío que es el vacío del Otro. En consecuencia, esa voz no es asimilada sino incorporada (término que Lacan utiliza)⁸. Tiene esa doble cuestión (los cantantes saben muy bien esto) la voz sale del cuerpo pero no pertenece del todo al cuerpo, hay una cierta ajenidad, lo que se denomina el fenómeno de lo acusmático.

Respecto a la mirada podría decir otro tanto. El ojo ya es un espejo, pero también siguiendo la misma argumentación de Lacan, es un corte extraído del campo del Otro. Puedo ver gracias a que olvido el ser mirado en el espectáculo del mundo. Por el contrario, cuando me anoticio de que soy mirado,

7. Cf. LACAN, J. El Seminario, libro 10 “*La angustia*” (1963-1964), Buenos Aires, Paidós, 2006.

8. *Ibíd.*

surge el retorno paranoico (una voz que sonoriza la mirada, según la expresión de Lacan en el año 75') o bien el afecto de angustia. Para ser más ilustrativo, recuerdo el caso de alguien que dejó de ver a su padre desde muy pequeña. Ya de grande, decide buscarlo por las redes sociales y logra coordinar un encuentro. Lo espera ansiosa, sentada en un bar y mirando hacia todos lados pensando en si iba a lograr reconocerlo. Al ver atravesar un hombre la calle y acercarse con paso acelerado, mira su cara y dice para adentro: "son mis ojos". De inmediato un vértigo angustioso la paraliza.

CONSIDERACIONES FINALES

"Pelemos contra un enemigo silencioso" es la consigna repetida en varias ocasiones por mandatarios de distintos lugares del mundo. Y sobre el fondo del miedo subsiste no sólo la angustia de la disolución sino también las formas de cohesión de una comunidad. Desde luego, no son las únicas respuestas sociales sino que, al mismo tiempo, hay actores que convocan a la desobediencia civil y al caos generalizado.

No hice otra cosa que realizar una sumaria descripción, he ido espigando algunos aspectos que conciernen a la práctica analítica e interrogan sus principios. En tal sentido podemos dejar planteados algunos términos que hacer a su variabilidad (*varité*, según el neologismo acuñado por Jacques Lacan) y a su invariancia.

La cuarentena obliga a las personas a sostener el distanciamiento social y estar en sus casas. Junto a eso, hay un retorno epidémico de categorías tales como depresión (por aislamiento) y ansiedad. Es una lengua común, aquello que llamé en el seminario que dictamos junto a Jorge Faraoni⁹, la "coronalengua". Depresión y ansiedad son nombres generalizados, es lo pandémico de la infección del pensamiento y sus variaciones son contexto dependientes. Pero lo sugerente es que el quedarse en casa es lo opuesto a la angustia. En el pánico el sujeto corre hacia su hogar, hacia lo *heim*.

9. *Segundas marcas. ¿Podemos vivir en una civilización sin dios?* Seminario diurno de la Escuela de la Orientación Lacaniana, Buenos Aires 2020. Responsables: JORGE FARAONI y EMILIO VASCHETTO. Libro de pronta publicación por editorial Xoroi.

Lo *Unheimlichkeit* (lo siniestro, la inquietante extrañeza) es de otro registro que la angustia, se encuentra en el orden de lo imaginario (Cf. El Seminario, *El sinthome*) mientras que la angustia es real, es un concernimiento ¿De qué tenemos miedo? Pregunta Jacques Lacan en el año 73'. Va a responder de una manera sencilla: de nuestro cuerpo¹⁰. Es decir, en la angustia el miedo no es exógeno sino endógeno. Forma sincrónica (corte), invariante y sincopal. Que no es sin objeto. De allí que mencionamos la voz y la mirada entrelazados con la presencia del analista como términos inherentes a la práctica. El psicoanálisis como experiencia es lo que hace un psicoanalista. Y en la contingencia, lo que hace un psicoanalista es no retroceder. Esto quiere decir: responder a la excepción con otra excepción. ¿Cuál es la excepción en estos tiempos de coronalengua?

Sesión virtual sí o no es una falsa opción. De lo que se trata es de evitar el silencio sobre el que se monta “el privilegio de las verdades no discutidas” –como decía Lacan.

El psicoanálisis es de alguna manera una técnica que afecta el cuerpo hablante, su incidencia a través de la interpretación es en el cuerpo, el recostarse en un diván es suspender la gravedad del cuerpo para que hable no el discurso de uso corriente sino la lengua. Esa que secreta el cuerpo y destila la forma originaria de todos nuestros equívocos.

Si Freud incorporó al discurso psicoanalítico en el concierto de otros discursos fue a partir de introducir una verdadera respuesta. Con esto no me estoy refiriendo, exclusivamente, a la terapéutica (de la cual él mismo se declaró no ser entusiasta) sino al deseo del analista como respuesta. Un deseo aliado (para usar un término a tono con las épocas de guerra) necesariamente a la Marca más singular del sujeto, a las respuestas que no replican las del conjunto.

10. LACAN, J. *La tercera*, en *Intervenciones y textos 2*, Buenos Aires, Manantial, 1993.

“Balada de Portugal”, de Julio Llamazares

Fernando M. Adúriz¹

Psicólogo clínico. Psicoanalista. ELP Castilla-León

Correspondencia: adurizcf@gmail.com

“Nunca sentí nostalgia de la infancia,
nunca sentí, en verdad, nostalgia de nada”

(Fernando Pessoa)

Balada de Portugal es un capítulo del libro de Julio Llamazares, *Entre perro y lobo*.

Es un monumento a la unión de los pueblos merced al humor. Resume los distintos tipos de humor que pudiera haber en una Iberia suma de España y Portugal, que pudieran, siguiendo un marchamo histórico unirse en un solo Estado.

Si se lograra, tendríamos, según Llamazares: “la irreverente y melancólica retranca portuguesa, el esperpento gallego, la vieja picaresca castellana, el descreimiento levantino, la sorna aragonesa, el surrealismo andaluz y, si me apuran mucho, hasta algún lejano atisbo de la elegante e irónica arrogancia del *seny catalán*”². Es una manera inteligente de hacer argamasa de pueblos, vía humor.

Si el lector se fija, al hablar del humor portugués, se ha de colocar el signifi-
ficante melancolía. Al amante del fado, al amante de la bruma lisboeta
junto al Tajo, al amante de Sintra... no le sorprende hablar de Portugal y
de los portugueses con el término melancolía. Y desde luego, mucho

1. El autor es psicoanalista de la Asoc. Mundial de Psicoanálisis, y escritor. Último libro *Por qué se escribe. Cincuenta escritores* (Málaga, 2021).

2. LLAMAZARES, J., (2008), *Entre perro y lobo*, Alfaguara, Madrid, 2008, p. 24.

menos si es lector de Pessoa. El autor de los 136 heterónimos, el portugués que dijo no sentir nostalgia de nada, a la vez que “*me siento tan solo como un barco que hubiera naufragado en el mar*”, es el escritor que propuso el iberismo, la reunión de españoles y portugueses.

Para Fernando Pessoa no era posible una futura civilización española, ni una futura civilización portuguesa, sino una futura civilización ibérica, *formada por los esfuerzos de España y Portugal*.

El iberismo en España encuentra un representante en Unamuno y en el grupo gallego Nós, y en Castelao.

Para Julio Llamazares el problema es psicológico: nos damos la espalda los unos a los otros, y se proyecta el complejo de inferioridad en los más débiles, los españoles creen ser superiores a los portugueses.

Siendo verdad, por no dejar el asunto en manos de la psicología de andar por casa, propongo ver el asunto desde el punto de vista psicoanalítico y de otro modo.

Propongo mejor la figura del desdoblamiento, figura-rasgo del sujeto obsesivo, que sitúa en otro el lugar del ideal, y se deja representar por él, asumiendo sus galones. Esa tarea le permite trabajar a su lado, llevarle la cartera, ser él, pensar como él, soñar como él. Dos en uno. Ocurre que tarde o temprano esa idealización cae, ese gran Otro muestra su flaqueza, su declive, o simplemente no tiene sino para su fan un detalle de abandono, de maltrato, de ninguneo, de agresividad pasivizante...y entonces cae, es destituido subjetivamente, pasa a no tener un valor, pasa de la pasión amorosa, siempre frágil, a la pasión del odio, siempre eterna. Dos que eran uña y carne que pasan a ser dos que se odian con ese *odio recocado a fuego lento del claustro de profesores* (o de la sala de guardia médica o del colegio profesional). Portugal aparecería como el colectivo inferior. En la psicología de las masas se observa ese fenómeno. Lo pude escuchar en vivo y en directo en Vigo, en el estadio de fútbol de Balaídos. Era un partido hace unos seis años entre el Celta y el real Madrid. Estaba con mi compañera en la grada de los *tifossi* celtiñas y tras una actuación memorable de Cristiano Ronaldo, un jugador sobresaliente, (de la bella isla de Madeira que tanto amo y conozco), en las filas entonces del equipo madrileño, y tras un mínimo fallo en un lanzamiento, la grada

comenzó como un solo hombre a cantar una canción relativa al astro portugués: “¡Vende toallas, Cristiano vende toallas, vende toallas...!” Era la reacción de la masa para desprestigiar al que brillaba, al ídolo de tantos, de ellos mismos, seguramente que habrían salido asombrados de algunas de sus destrezas deportivas. Y para hacer caer ese brillo de un astro, se buscaba involucrar al imaginario colectivo del portugués que nutre de toallas al español que cruza la raya para tal fin.

La historia de los amores y desamores entre portugueses se hunden en la noche de los tiempos. Está en los libros de historia. Estuvieron unidos, y ahora están separados. Viven al lado, tienen intereses comunes, pero mantienen una distancia sideral en demasiados asuntos. Unamuno y Pessoa razonaron con inteligencia. ¿Qué tiene de malo el iberismo? Como señala Llamazares, “*debe de ser el destino de dos pueblos que, por siameses, nunca han podido verse la cara*”³. Exacto. Hay algo que no puede verse en el Otro: el propio rostro. Razón de que el desconocimiento mutuo va de suyo, no se quiere saber de verdad del otro, no se quiere hablar la lengua del otro...

Comencé a estudiar portugués para leer mejor a Pessoa, como comencé en su día a estudiar gallego para hablar con mis vecinos, para hablar con las gentes gallegas con las que comparto hábitat, isla, amor por la literatura gallega, amor por el humor gallego, amor por la saudade y la morriña. Es curioso que cuando comento que me gustaría hablar las lenguas españolas, euskera (mis orígenes son vascos, del valle de Rentería, de los Aduriz, como me explicó Andoni Luis, mi primo cocinero), catalán (la lengua de mis queridos colegas del país del psicoanálisis), no encuentro en los castellanos todo el apoyo para tal tarea, pues confunden la lengua castellana, (rica, amplia, hablada por millones de personas en el mundo, la segunda lengua más hablada tras el chino mandarín, más que el inglés, que va tercero), con las lenguas españolas, que son cuatro: gallego, castellano, euskera, catalán. Si los gallegos, los vascos, los catalanes, hablan la lengua de sus vecinos, los castellanos, los aragoneses... por qué no es recíproco, por qué ese déficit cultural. Por pura razón del inconsciente freudiano. Es el viejo problema de quien se atasca en el estudio de un idioma: le es imposible, no logra sumergirse en el

3. LLAMAZARES, J., op. Cit, p. 26.

habla, en el desear hablar la lengua del Otro, algo rastreable en el inmigrante que nunca se adaptó, que nunca emigró con el alma, sólo con el cuerpo. *Las identidades asesinas*, que diría Amín Maalouf.

Llamazares finaliza su capítulo evocando la ciencia ficción para imaginar una Iberia respetuosa con las diversidades de tantas y tantas gentes diferentes que pueblan la tierra ibérica, la tierra celta. Las fronteras no son sólo geográficas o lingüísticas.

Las fronteras a derribar son básicamente las interiores: las que nos mantienen aislados en nuestro pequeño mundo interior. Las que equivocadamente llevaron a Octavio Paz a definir a Fernando Pessoa como “el desconocido de sí mismo”. ¿Quién no es un desconocido para sí mismo, habitado por secretos sin descifrar? No es que España desconozca a Portugal, es que se desconoce inmensamente a sí misma, es que ni siquiera sabe hablar la lengua de sus vecinos, no digamos su historia o sus vicisitudes. No es que Portugal no conozca a España, etc...es que cada uno de nosotros tiene una laguna de saber, de lectura sobre su propio inconsciente, y se reduce toda la convivencia a una rivalidad imaginaria, temerosa, competitiva, suspicaz.

Lacan decía que la ironía era una modalidad de pregunta⁴. Podemos ironizar con la auténtica razón de la distancia infinita entre Portugal y España: *las incansables astucias del amor propio*.

Pero sin embargo podemos aferrarnos a la retranca de las gentes portuguesas y españolas que cruzan las rayas, que intercambian, que hacen lazos invisibles, que se leen mutuamente, y que saben que no hay grandes diferencias entre unos y otros, que nadie es más que nadie, y que conviene tener presente tanto a Ovidio: “Omne solum forti patria”⁵, como a Pessoa, cuando anima a la amabilidad de unos con otros, una amabilidad de navegantes que van en el mismo barco una temporada en la vida.

Malasaña, 4 de marzo de 2021

4. Lo cita así: “Lejos de ser una reacción agresiva, la ironía es, ante todo, una forma de interrogación, una modalidad de pregunta”, en el Seminario IV, p. 32. Ver Bibliografía.

5. “Para el fuerte cualquier lugar es su Patria” era el escudo de armas del General Ludlow, citado por Lord Byron en sus *Diarios*, pág. 268. Ver BIBLIOGRAFÍA.

BIBLIOGRAFÍA

- BRÉCHON, R., *Extraño extranjero. Una biografía de Fernando Pessoa*, Alianza, Madrid, 1999.
- CRESPO, A., (1988), *La vida plural de Fernando Pessoa*, Seix Barral, Barcelona, 2007.
- CRESPO, A., Ver “El iberismo de Fernando Pessoa”, *El País*, 6 de julio de 1985.
- GARCÍA MARTÍN, J.L., *Fernando Pessoa, sociedad ilimitada*, Llibros del Peixe, Gijón, 2002.
- LACAN, J., (1956-1957), *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 4. La relación de objeto*, Paidós, Barcelona, 1994.
- LORD BYRON, (1811), *Diarios*, Galaxia Gutenberg, 2018.
- LLAMAZARES, J., (2008), *Entre perro y lobo*, Alfaguara, Madrid, 2008.
- Paz, O., (1984), *Fernando Pessoa. Antología*, Laia, Barcelona, 1985.
- PESSOA, F., (1912-1935), *Crítica: ensayos, artículos y entrevistas*, Acantilado, Barcelona, 2003
- PESSOA, F., (1913), *El libro del desasosiego*, Acantilado, Barcelona, 2002.
- PESSOA, F., *Diarios completos*, Hermida, Madrid, 2017.
- PESSOA, F., *Lisboa*, Casimiro, Madrid, 2013.
- PESSOA, F., *Sobre el fascismo, la dictadura militar y Salazar*, La Umbría y La Solana, Madrid, 2018.
- PESSOA F., *Yo soy una antología. 136 autores ficticios*, Pre-textos, Valencia, 2018.
- PIZARRO, J., *Alias Pessoa*, Pre-textos, Valencia, 2013.
- TAIBO, C., *Como si no pisase el suelo*, Trotta, Madrid, 2011.

Caso Rey de Galicia

Uso de Aripiprazol inyectable de liberación prolongada como pauta de inicio, en forma de 2 viales, en paciente con esquizofrenia

*Armesto Iglesias, S.**

*Varela Sampayo, A.**

*Docasar, L.***

* MIR Psiquiatría. Servizo Psiquiatría CHUOU. Ourense

**J. Servicio Psiquiatría CHUOU. Ourense

Correspondencia: sabe.arm@hotmail.com

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 26 años, con doble nacionalidad, residente de piso supervisado en otro país europeo con tradición migratoria gallega (1,2); historia de múltiples ingresos psiquiátricos, y diagnosticado de esquizofrenia paranoide. Acude solo, a urgencias, con sintomatología delirante abigarrada.

ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN

Sin agitación, se presenta excesivamente locuaz, demandante. Refiere que se encuentra en Galicia para pedir ayuda, y esclarecer una serie de cuestiones histórico-legales que le atañen personalmente, y en general, a todos los humanos. La grandiosidad, incluye su condición de rey, en concreto del Reino de Galicia, lo cual documenta de forma estrambótica, con diversos escritos en español y alemán, documentos digitales (fotos de infancia, canciones propias, etc.). Interpretativo y autorreferencial, en un estado delirémico de perjuicio, y persecutorio, considera que existen fuerzas en estamentos de poder, que impiden el ejercicio de su condición. Las interpretaciones delirantes sobre los colores de las tumbas de parientes, y prendas que vestía en la infancia, argumentan su procedencia y su linaje. La posibilidad de que todo tenga otra explicación, como una enfermedad mental, que fuera de Galicia,

algunos médicos que él considera "corruptos" le han diagnosticado, no es contemplada. Sin trastornos sensorio-perceptivos. Escapa de su país, para recalar cuanto antes en su reino, unos días antes de llegar a urgencias.

Su abuela, telefónicamente, confirma su diagnóstico, y explica que el paciente tenía nula adherencia al tratamiento. En información posterior dada por su madre, se constata que dicho tratamiento, abandonado hace meses, consiste en viales de aripiprazol inyectable de liberación prolongada (AILP). El paciente llega al domicilio de su abuela unos días antes, donde se mantiene hasta el ingreso, con la clínica anteriormente mencionada.

DIAGNÓSTICO Y EVOLUCIÓN

Inicialmente, es necesaria una inmovilización, por la furia y falta de contención, si no se hace seguimiento de sus demandas. Muestra un rechazo frontal al tratamiento. Se inicia pauta con aripiprazol de 7,5 mg/ml por vía parenteral con buena tolerancia. Posteriormente se realiza inducción con 2 viales de AILP de 400 mg en 2 puntos diferentes. Se consigue en las horas siguientes, completa tolerancia a la retirada de contención, que retome la atención a sus necesidades vitales, y sea reconducible verbalmente, en las cuestiones de manejo de la unidad. A los pocos días, fue posible planificar su repatriación, y el alta. Es recogido por otro familiar, y acompañado por éste al aeropuerto, una vez asegurado el tratamiento. El paciente se muestra participativo, y conforme con el plan de alta.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El AILP está indicado como terapia de mantenimiento en esquizofrenia. Los pacientes deben haber tomado previamente aripiprazol oral o intramuscular de acción corta para comprobar la tolerabilidad (3). La dosis inicial de AILP puede administrarse siguiendo una pauta con una inyección, u otra con 2 inyecciones. Esta última, ha sido recientemente aprobada por la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) y consiste en la administración de 2 inyecciones de 400 mg de AILD en 2 sitios diferentes de 2 músculos diferentes del cuerpo (no se debe inyectar conjuntamente en el mismo músculo deltoideo, o en el mismo glúteo) (4). Se ha decidido en este paciente el inicio con doble inyección, ya que presentaba una descompensación importante de su

patología de base, y una necesidad de estabilización temprana, con una total imposibilidad de tratamiento oral. Con esta pauta, hemos logrado rapidez y eficacia, consiguiendo una reducción de la sintomatología, una clara mejoría conductual a las pocas horas, y seguridad, sin ninguna incidencia farmacológica; asimismo, comodidad, pues se ha podido eliminar la suplementación oral de 14 días. La estancia del paciente ingresado estuvo por debajo de 11 días.

BIBLIOGRAFÍA

1. CABALEIRO GOÁS, M. (1998): *La Psiquiatría en la Medicina Popular gallega* (Tese doutoral), Santiago de Compostela: Asociación Gallega de Psiquiatría. Colección de Psiquiatría clásica galega.
2. ROF CARBALLO, *Mito e Realidade da Terra Nai*. Ed Asociacion Galega de Psiquiatría. Ed Galaxia. 2001.
3. STAHL SM. *Psicofarmacología esencial de Stahl. Bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas*, 6ª ed. Barcelona: Aula Médica; 2017.
4. Ficha técnica de abilify maintena 400 mg. Agencia Europea del Medicamento. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/abilify-maintena-epar-product-information_es.pdf. [Comprobado acceso el 26 de febrero de 2021].



Línea temporal de la trayectoria del paciente desde su llegada hasta el alta.

Publicidad y marketing de los psicofármacos en revistas médicas en la España del tardofranquismo (1959-1975)

Advertising and marketing of psychopharmaceuticals in medical journals in late francoist Spain (1959-1975)

*David Simón-Lorda**

*Sandra Rodríguez Ramos***

*Raquel Fraga Martínez***

* Psiquiatra

** MIR Psiquiatría

Servicio de Psiquiatría, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.
Grupo de Investigación Salud Mental, Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IIS Galicia Sur), SERGAS-UVIGO.

Correspondencia: david.simon.lorda@sergas.es

RESUMEN

Desde la introducción clínica de la clorpromazina entre 1953-1955 en Estados Unidos, se produjo a nivel mundial un progresivo lanzamiento nuevos psicofármacos. La publicidad de medicamentos en las revistas de la especialidad y en revistas médicas generales dio amplia cobertura a este florecimiento de la psicofarmacología, y reflejaron cambios en la práctica psiquiátrica, y también estereotipos culturales y de género.

Realizamos un estudio descriptivo, no bibliométrico, del auge de la terapéutica moderna psicofarmacológica en España a través de una breve revisión del material publicitario en algunas revistas españolas de los años 1959-1975 que tuvieron amplia difusión en el mundo de la Psiquiatría, la Psicopatología y la Pediatría (Boletín Informativo del Instituto de Medicina Psicológica, y Rapports de Psicología y Psiquiatría Pediátrica). Los años 1959- 1975 fueron asimismo un período de reorganización de las prestaciones farmacéuticas y de la propia Seguridad Social en la España del Tardofranquismo.

ABSTRACT

Since the clinical introduction of chlorpromazine between 1953-1955 in the USA, there has been a progressive launch of new psychoactive drugs worldwide. Drug advertising in specialty journals and general medical journals gave wide coverage to this flowering of psychopharmacology, reflecting changes in psychiatric practice, as well as cultural and gender stereotypes.

We carried out a descriptive, non-bibliometric study of the rise of modern psychopharmacological therapeutics in Spain through a brief review of the publicity material in some Spanish magazines from the years 1959-1975 that had wide circulation in Spain in the world of Psychiatry, Psychosomatics and Pediatrics (Boletín Informativo del Instituto de Medicina Psicológica, y Rapports de Psicología y Psiquiatría Pediátrica). The years 1959-1975 were also a period of reorganization of pharmaceutical benefits and of the Social Security itself in late-Franco Spain.

PALABRAS CLAVE

Keywords: Publicidad farmacéutica, productos farmacéuticos, medicamentos para la ansiedad, medicamentos para la psicosis, medicamentos para el insomnio, España.

1. INTRODUCCIÓN

El descubrimiento de la acción antipsicótica de la clorpromazina, a principios de la década de 1950 en Francia marcaron el comienzo de la era moderna de tratamiento farmacológico para enfermedades psiquiátricas, a veces denominada como “la revolución de la psicofarmacología” (1, 2). Este auge de la terapéutica moderna psicofarmacológica, tendrá su correlato en un florecimiento en el material publicitario en las publicaciones y revistas, algunas revistas médicas y de psiquiatría a nivel mundial... y también en España. Revisaremos el material publicitario en algunas revistas españolas de los años 1959-1975 que tuvieron amplia difusión en el mundo de la Psiquiatría, la Psicósomática y la Pediatría, en un momento de cambio de la sociedad y de la asistencia sanitaria en la España de la dictadura de Franco.

2. LA REVOLUCIÓN DE LA PSICOFARMACOLOGÍA EN LOS AÑOS 50: ALGUNAS BREVES CUESTIONES

Para el historiador de la psiquiatría Mark S. Micale, la revolución de los psicofármacos de la década de 1950 fue uno de los diez más importantes cambios de la psiquiatría desde la Segunda Guerra Mundial. Es el primero de un listado que incluye otros importantes cambios como: la desinstitucionalización; la “decadencia y caída” del psicoanálisis; el cambio de la psicoterapia de psiquiatras a los no psiquiatras; el aumento de la investigación neurocientífica en la neuroquímica, la neuroimagen y otros campos afines; la introducción y expansión de los “antidepresivos” y ansiolíticos estilo Prozac desde los 80; el aumento de la influencia de las grandes empresas farmacéuticas (Big Pharma); el crecimiento de la influencia del DSM; la multiplicación de los diagnósticos, y la despatologización de la homosexualidad (3).

En un breve período de tres años, de 1953 a 1955, el tratamiento con clorpromazina se extendió alrededor del mundo. A fines de 1955 hubo informes sobre los efectos de la molécula en pacientes psiquiátricos de Suiza, Inglaterra, Canadá, Alemania, Hungría América Latina, Estados Unidos, Australia y la URSS.

El primer coloquio internacional sobre usos terapéuticos de la clorpromazina en psiquiatría se llevó a cabo en el Hospital de Saint-Anne en París, en octubre de 1955 con 257 participantes de 19 países (entre ellos España y Portugal) (1).

En el área que nos ocupa, la de la neuropsiquiatría, desde la introducción clínica de la clorpromazina entre 1953-1955 en Estados Unidos, se produjo a nivel mundial un progresivo lanzamiento de nuevos psicofármacos... Recordar tan solo la ya citada clorpromazina, el meprobamato (1954), la imipramina (1957), clordiacepóxido (1959), Haloperidol (1959)... entre muchos otros (4,5,6).

Lo cierto es que desde la Segunda Mundial se produjo un importante desarrollo de nuevas moléculas en todos los campos terapéuticos, tanto del área de la neuropsiquiatría como de otros. Entre 1950 y 1980 hubo una explosión de fármacos novedosos para un amplio espectro de enfermedades, que se puede comprobar en revisiones de registros de medicamentos tanto en el Reino Unido como en EE UU (2; 6, 7).

Las filiales nacionales y regionales de los laboratorios internacionales, que habían sido pioneros en la producción de psicofármacos, desde mediados finales de los 50 lideraron un proceso de recepción tecnológica (8) a paso acelerado que haría posible que, a veces en tan solo un año después del lanzamiento a la venta de estos productos en EE UU o Europa, los médicos psiquiatras de zonas a veces periféricas (la España de la dictadura de Franco, o zonas de Hispanoamérica (8, 9) tuvieran acceso directo a ellos.

La aceptación exitosa de algunos fármacos en la práctica clínica se debió en algunos casos no sólo a su eficacia, sino también a una publicidad muy eficaz dedicada al profesional médico (2, 7).

3. PUBLICIDAD Y MARKETING DE LOS PSICOFÁRMACOS EN REVISTAS MÉDICAS.

Vinculado a todo este proceso aparece la introducción del marketing dirigido a médicos, instituciones de la salud y farmacéuticos.

La automedicación, que a principios del siglo XX era generalizada y se consideraba un “derecho sagrado”, después de la Segunda Guerra Mundial pasó a segundo plano frente a los tratamientos farmacológicos guiados por los médicos: Una vez que los medicamentos se pusieron a disposición solo a través de una receta médica, las compañías farmacéuticas dejaron de anunciar directamente a los pacientes y en su lugar canalizaron todas sus promociones a los profesionales de la salud (10). La industria farmacéutica comprendió rápidamente que era de importancia capital que la información sobre los medicamentos llegara a los médicos a través de canales que el sector pudiera controlar: visitadores médicos, organización de eventos científicos, generación de literatura promocional de inspiración académica, y publicación de anuncios en revistas especializadas.

La publicidad farmacéutica que se inserta en las revistas profesionales, suele tener un alto impacto debido a su capacidad de selección del público y a su relativo bajo coste, si se compara con otro tipo de publicidad (11, 12).

A modo de ejemplo, a principios de la década de 1950, el *British Medical Journal* publicaba pocos anuncios farmacéuticos, a veces tan sólo una o dos páginas en 1950. Por finales de la década de 1950 ocupaban entre 30 y 40 páginas por número. Este crecimiento reflejó el desarrollo de nuevos compuestos durante la década (2,7).

La publicidad de productos farmacéuticos en las revistas de la especialidad de psiquiatría y en revistas médicas generales dio amplia cobertura a este florecimiento de la psicofarmacología. A su vez reflejaron cambios en la práctica psiquiátrica: abandono de los electrochoques, menos contenciones, y también cambios en la prescripción a veces no bien justificados: Y en ocasiones a veces estos compuestos se comercializaron con una investigación preclínica mínima, y sin una evaluación clínica adecuada, incluida estudios dobles ciego... pero eran los métodos de desarrollo de fármacos. y regulación en ese momento, los cuales fueron completamente diferente de las prácticas actuales (2,7)

Pero mucha de la publicidad a su vez también contenía estereotipos culturales y de género. Muchas imágenes publicitarias reflejaban actitudes sociales, que hoy en día son consideradas poco sexistas o paternalistas (7):

“El lugar de la mujer estaba claramente en el hogar. Por ejemplo, un anuncio de dexamphetamine muestra a una mujer que necesita tratamiento para la ansiedad para lidiar con cocinar, coser y lavar la ropa a mano en una tina grande (BMJ, 12-04-52). Los médicos de las ilustraciones eran invariablemente hombres maduros... Si eran médicos generales, llevaban trajes de aspecto caro, y estaban sentados en sus escritorios o, si estaban en un hospital, llevaban una bata blanca y de pie junto a la cama, generalmente acompañados por una enfermera joven y atractiva” (Green, 2018).

En décadas posteriores se producirá otro giro en el marketing farmacéutico, con un aumento de la publicidad llamada DTC (“direct to consumer”). Dicha publicidad ha explorado y desarrollado toda una serie de técnicas en muchas áreas de relacionadas con la salud, y por supuesto también con la salud mental, si bien esto no es el objetivo de este artículo (13).

4. LA REVOLUCIÓN DE LA PSICOFARMACOLOGÍA Y EL MARKETING PUBLICITARIO EN ESPAÑA (1959-1975)

La “revolución de la psicofarmacología” (1959-1975) llegó a España en el período de la segunda mitad de la dictadura de Franco (1939-1975). Antes de entrar en el estudio a través de la publicidad de los psicofármacos en revistas profesionales españolas de la época, contextualizaremos brevemente algunos aspectos de la sanidad y la psiquiatría franquista del período contemplado en nuestro trabajo.

4.1. ALGUNOS ASPECTOS DE LA SANIDAD Y LA PSIQUIATRÍA EN LA ESPAÑA DEL TARDOFRANQUISMO (1959-1975)

El periodo que va desde 1959 hasta 1975 corresponde en España al segundo periodo de la Dictadura de Franco, en el denominado tardofranquismo o desarrollismo franquista. Es este un período de cambio y de crisis del modelo clínico-académico de la psiquiatría española. Se producen también importantes transformaciones en la sociedad española (crecimiento de la población, industrialización, migraciones masivas del campo a la ciudad y luego también hacia Europa, problemas de urbanismo, cambios de estilos

de vida, etc.) que van a dar lugar a grandes desafíos asistenciales en el campo de la sanidad y los servicios sociales (14, 15, 16, 17).

Asimismo, se va a producir un cambio a nivel organizativo asistencial sanitario, que va a hacer que el llamado Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), que se instaura poco a poco en el primer periodo del franquismo, cambia hacia un modelo de Seguridad Social, con importantes cambios en la prestación de hospitalización y atención ambulatoria médico-quirúrgica a partir de los años 60 para la población asegurada...

Sin embargo, ni el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) ni su evolución posterior hacia la Ley de Bases de la Seguridad Social (18), atendieron correctamente a los enfermos mentales, cuya asistencia quedó fuera de la cobertura del sistema (19).

La ley de 1942 del Seguro Obligatorio de Enfermedad (Ministerio de Trabajo) daba prestaciones a un porcentaje muy pequeño de asegurados, fundamentalmente prestaciones quirúrgicas “reparadoras”. No asumía la hospitalización psiquiátrica en su cartera de servicios, y lastrará toda la asistencia psiquiátrica durante décadas (20, 21), limitándose a crear las plazas de Neuropsiquiatras del Seguro, que atendían pacientes en ambulatorios durante dos horas de consulta.

Asimismo, a nivel de la prescripción farmacológica, había importantes restricciones, vinculadas y contempladas en el llamado “Petitorio- Catalogo Farmacéutico del SOE”, aprobado en 1951 y que detallaba los medicamentos y productos farmacéuticos que podrían recetarse a los beneficiarios del seguro de enfermedad (22); el documento serviría de base para la suscripción de conciertos entre la Jefatura Nacional del Seguro Obligatorio de Enfermedad y los laboratorios farmacéuticos.

4.2. LLEGA LA SEGURIDAD SOCIAL (1963... 1975)

En el año 1963 se producen nuevos cambios que afectan a las prestaciones sanitarias y farmacéuticas. Nace la llamada Seguridad Social, primero a través de la Ley de Bases (1963) y posteriormente en la Ley de la Seguridad Social (1967). Se va a producir un aumento del número de personas con

cobertura sanitaria pasando de un 39% de la población en 1963 a un 61,74% en 1975. Asimismo, se reconoció el derecho de los asegurados a la hospitalización médica (hasta ese momento solo cubrían parte de la quirúrgica), lo cual va a transformar los hospitales y la práctica del médico. Y todo esto va a acontecer en un período de grandes avances tecnológicos y terapéuticos de la Medicina (14, 23).

Pese a todo lo expuesto, no se cubre la hospitalización psiquiátrica que sigue quedando a cargo de la Administración local (la Beneficencia de las Diputaciones), del PANAP (Dirección General de Sanidad) y de centros privados de la Iglesia católica y otras empresas... (20, 21)

La implantación de la Seguridad Social y el plan de construcción de Hospitales (23 Vilar y Pons, 2018) (todo bajo el mando y dirección del poderoso Instituto Nacional de Previsión, del Ministerio de Trabajo) va a ir parejo a cambios en la actividad asistencial ambulatoria entre 1963-1975. Se produjo un aumento de procesos morbosos somático-funcionales (clínica neurovegetativa, equivalentes depresivos, síndromes neurótico-ansiosos...) que se canalizaron a través de consultas con médicos generales y especialistas al margen de los neuropsiquiatras (14).

Numerosos anuncios de la época en revistas médico-generalistas jugaban con estos términos: neurovegetativos, tensión, neurosis, desequilibrio emocional... además de los de ansiedad, depresión, epilepsia... escapando en muchos casos de la palabra psicosis, esquizofrenia... Esto ocurría con muchos productos (no solo en España). Así, por ejemplo, Green (7) destaca como se anunciaba en *British Medical Journal* en 1952 el Drinamyl (el isómero dextro-rotatorio de la anfetamina) por tener un valor particular en pacientes que sufrían de “desequilibrio emocional”, un término vago que abarca muchos trastornos psiquiátricos (BMJ, 12-04-52).

Otro ejemplo puede ser el de la propia clorpromazina que en 1966 se anunciaba en la prensa con indicaciones para (por este orden): distonías neurovegetativas, vómitos, algias, estados confusionales, pruritos, insomnios, agitación psicomotriz, depresiones, obsesiones, hipo y epilepsia (publicidad de Largactil en “*Revista de psiquiatría y Psicología Médica*”, 1966).

Además, en este período va a desaparecer el Petitorio Farmacéutico del SOE al publicarse el Decreto 3157/1966 por el que se regulaba la dispensación de

‘especialidades farmacéuticas’ en el régimen general de la Seguridad Social, a la par que se especificó la participación de los beneficiarios en el pago del precio de los medicamentos.

Asimismo, tal y como ha estudiado Danon (24) aparece en todo este período un cierto desarrollo de la industria farmacéutica española que trataba de competir con las empresas multinacionales que expanden su mercado. Cabe recordar a empresas españolas como Instituto Farmacológico Latino, Ibys, Laboratorio del Dr. Andréu, Made, CEPA, Antibióticos, Landerlan, Alter, Laboratorio del Norte de España y J. Uriach & Cía., además de una serie de empresas extranjeras implantadas en España: Bayer, Roche, Boehringer, Carlo Erba, Ciba, Menarini, Nestlé, Merck, Wassermann, etc...

Todo este mercado farmacéutico trajo a su vez incorporado todo el marketing al que ya antes hicimos mención en relación con las publicaciones en revistas profesionales, pero además aparecen en España un cierto número de revistas médicas, muchas de ellas gratuitas, con numerosa publicidad de medicamentos, “presumiendo todo laboratorio de cierto prestigio de disponer de la suya propia, aportando revisiones, traducciones o reseñas con alguna nueva sección humanística, literaria o de entretenimiento (24).”

4.3. LA REVOLUCIÓN DE LA PSICOFARMACOLOGÍA Y EL MARKETING PUBLICITARIO EN REVISTAS MÉDICAS ESPAÑOLAS (1959-1975): UN INTENTO DE APROXIMACIÓN

Abordaremos a continuación una aproximación a un estudio descriptivo, no bibliométrico, del auge de la terapéutica moderna psicofarmacológica a través de una revisión del material publicitario en algunas revistas españolas de los años 1960-1975.

Inicialmente nos planteamos revisar algunas de las revistas españolas de la psiquiatría que lideraban la especialidad en ese momento. Recurrimos a la biblioteca de nuestro hospital psiquiátrico actual, que alberga las revistas nacionales e internacionales a las que estaba suscrito el Hospital Psiquiátrico de Toén (Ourense) desde su apertura en 1959. En ese momento era el hospital psiquiátrico público de referencia provincial (para hombres) y lo será durante todo ese período, gestionado por el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP- Dirección General de Sanidad-Ministerio

de Gobernación) y dirigido desde 1959 a 1977 por el psiquiatra Manuel Cabaleiro Goás (20,21, 25).

Una de las revistas nacionales más influyentes de la época en España y que estaba en la biblioteca archivo de nuestro centro era la revista “Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría”, que inicia su publicación en 1940. Dirigida y fundada por el psiquiatra Juan José López Ibor (Madrid), si bien desde 1947 se incorporó el psiquiatra portugués H. Barahona Fernandes (Lisboa) a la codirección de esta. Tuvo varios cooperadores portugueses como Elysio de Moura (Coimbra), Correira D’Oliveira (Coimbra) y V. Fontes (Lisboa). López Ibor desde 1960 había accedido a la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad Central en Madrid, epicentro de la psiquiatría académica del país.

Inicialmente nos dedicamos a revisar ejemplares de “Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría”, pero también de otras como la también influyente “Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina” (dirigida por el Catedrático de Barcelona, Ramón Sarró Burbano, y que venía a ser el otro polo de la psiquiatría académica española), “Informaciones Psiquiátricas”, “Folia Neuropsiquiátrica del Sur y el Este de España” y algunas más generalistas como “Yatros” ... De las que teníamos una cierta continuidad nos encontramos con otro problema. La casi totalidad de los ejemplares de esas revistas que están depositados en la Biblioteca del Hospital habían sido encuadernados en el taller de encuadernación del centro que funcionó durante años en el Hospital de Toén. En el proceso de encuadernación se desechaban o retiraban casi todas las hojas de publicidad que no estuvieran insertas en los textos científicos de las revistas, por lo que no pudimos utilizarlas para nuestro trabajo tal y como inicialmente habíamos planteado.

Pese a las dificultades para conseguir el material que nos permitiese ver el conjunto de lo publicado, pudimos comprobar la profusión de anuncios publicitarios de diferentes psicofármacos en dichas revistas, orientados mayoritariamente hacia publicidad de marcas de medicamentos, pero no era raro que se agrupasen paginas completas de publicidad de casas farmacéuticas en donde presentan toda la gama de productos del campo psicofarmacológico.

Se puede ir viendo la paulatina aparición de anuncios sobre clorpromazina (*Largactil* y otras clorpromazinas), levomepromacina, tioproperacina, ... o

antidepresivos como trimepramina (*Surmontil*), imipramina (*Tofranil*)...o del campo de los ansiolíticos como el Meprobamato (*Miltown*), clordiazepóxido, diazepam...

Se puede asimismo observar cómo en poco tiempo dejan de anunciarse productos que inicialmente se usaron en el campo del tratamiento de las psicosis, como por ejemplo la reserpina (*Ascoserpina*; a veces bajo el nombre de *Clo-serpil*, un compuesto que también llevaba clorpromazina), o el azacyclonol (*Frenquel*), un fármaco comercializado como antipsicótico a mediados de la década de 1950, pero que tuvo poco trayecto por sus escasos efectos.

Hacia mediados de los años 60 comienzan a aparecer anuncios que contienen fotografías con escenas clínicas o de pacientes, a veces en color, y que contrastan con las ilustraciones y dibujos más esquemáticas en las de los primeros años estudiados.

4.3.A. Pudimos revisar de forma más completa dos revistas que tuvieron amplia difusión en el mundo de la Psiquiatría, la Psicósomática y la Pediatría (*Boletín Informativo del Instituto de Medicina Psicológica*, y *Rapports de Psychologie y Psychiatrie Pédiatrique*), y que no habían sido encuadradas y se conservaban íntegras a lo largo de varios años.

—El “*Boletín Informativo del Instituto de Medicina Psicológica*” (Barcelona) fue una revista fundada por los médicos psiquiatras Enrique Grañén y Juan Ramón Otaola. Publicó ininterrumpidamente 10 números al año, desde diciembre de 1959 hasta 1976. Tenía bastante publicidad de todos los farmacológicos que fueron introduciéndose en España en aquellos años. A modo de ejemplo, hemos encontrado publicidad de Reserpina (*Ascoserpina*): “De efectos sorprendentes en las alucinaciones”, clorpromazina BAMA, Distovagal (sedante y restaurador del tono), iproniazida Linfarbo, meprobamato (*Miltown*, *Neuronit*, *Dispromil* (con atropina y B6)), perfenacina (*Trilafon*, *Decentan*), flufenazina (*Sevinol*), tioridazina (*Meleril*), biperideno (*Akineton*), amitriptilina (*Tryptizol*), imipramina (*Tofranil*), centrofenoxina (*Luncidril*), clordiazepóxido (*Binomil*), difenilhidantoína y fenobarbital (*Hidofenil* y *Fenical con B6*), metaminodiazepóxido y amobarbital (*Paliatin*

y *Paliatin estimulante* -con anfetamina-) y trimetadiona (*Trioxanona*)... amén de otros como: *Distovagal*, *Tensowolfia*, *Transital* (“barbitúrico”), *Eudormol*...

–Los “*Rapports de Psicología y Psiquiatría Pediátrica*”, subtitulados “(Comunicaciones de Profilaxis e Higiene Mental del niño y terapia pedopsiquiátrica)”, fueron editados entre 1968 y 1976, de forma bimensual. Se enviaban de forma gratuita a pediatras y a psiquiatras desde la sede de la revista en Barcelona. Era dirigida por el psiquiatra Diego Parellada, y el asesor pediátrico era J. Bonet Rodés. El secretario de Redacción era el psiquiatra infantil Manuel Leal. La revista se abría en sus contenidos hacia los campos de la pedagogía y la psicología y hacia una visión amplia, ecléctica, en relación con las diversas tendencias de la psiquiatría (26). Es muy llamativa la presencia de numerosos anuncios de medicamentos, ya en la portada, toda la contraportada, y repartidas por todas las páginas de cada ejemplar. Había muchos anuncios dedicados a productos del campo de la pediatría (antibióticos, estimulantes del apetito, vitaminas...) además de toda la amplia muestra de medicamentos del campo de la psicofarmacología.

4.3.B. La introducción de la psicofarmacología en Galicia:

Aunque no sea el objetivo directo de este trabajo, comentar que toda esta tecnología terapéutica psiquiátrica utilizada a nivel internacional también llegó a Galicia, no sólo a través de las revistas y publicaciones, sino que, en el período estudiado, se utilizó precozmente con los enfermos ingresados tanto en el Sanatorio Psiquiátrico de Toén (Ourense) o en el Hospital Psiquiátrico de Conxo (Santiago de Compostela). Un trabajo reciente (27) ha explorado los tratamientos implementados en ambos centros psiquiátricos durante los primeros años del periodo consultado. Se usó precozmente clorpromazina, Reserpina, azaclynolol, haloperidol, tioproperazina, perfenacina, tioridazina, mesoridazina, butirilperazina y frifluorperazina, ansiolíticos como el opipramol y también con el grupo de las vitaminas B.

La psicofarmacología entra además de lleno en la enseñanza y formación académica en Galicia hacia mediados de los años 60. Así, en 1969 se celebra en la Facultad de Medicina de Santiago de Compostela un completo y extenso

curso de Psicofarmacología Clínica, que es publicitado en varias revistas españolas (“Folia Neuropsiquiátrica”, marzo de 1969). Estaba coordinado por el Catedrático de Medicina Legal (y encargado del área de Psiquiatría) José Pérez López Villamil y por el Catedrático de Farmacología Villarino Ulloa. Participaban como docentes tanto profesionales de los hospitales psiquiátricos de Galicia (Toén, Conxo...) como de la Facultad de Medicina compostelana. Hubo también amplia representación de Catedráticos de psiquiatría de Valencia (Rojo), Salamanca (Llavero), Barcelona (Sarró) además de participación de docentes de Portugal: Fernandes da Fonseca (Porto) y Nunes Vicente (Coimbra).

5. CONCLUSIONES

El desarrollo de los psicofármacos a mediados del siglo XX significó una innovación tecnológica sin precedentes en el campo de la salud mental en general y en la práctica clínica psiquiátrica en particular. El período que investigamos vio el lanzamiento de muchos productos farmacéuticos novedosos, y muchos (o sus sucesores de clase) todavía desempeñan importantes funciones terapéuticas, incluidas las benzodiazepinas, antidepresivos tricíclicos, fenotiazinas...

En este trabajo hemos intentado comenzar a analizar la difusión y algunas articulaciones locales (España-Galicia-Ourense) de dicha innovación, que llegaron a la España del tardofranquismo en un importante momento de cambio de la sanidad y la sociedad española. Para ello hemos realizado un breve análisis del auge de la terapéutica moderna psicofarmacológica en España a través de revisión de material publicitario en algunas revistas españolas de psiquiatría de los años 1959-1975.

FUENTES

1. Biblioteca Hospital Psiquiátrico de Piñor. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Servizo Galego de Saúde. Xunta de Galicia:
Fondos hemerográficos de revistas de psiquiatría de los años 60 -70 (Fondo de antigua biblioteca de Hospital psiquiátrico de Toén): *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina, Informaciones Psiquiátricas, Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría, Folia Neuropsiquiátrica del Sur y el Este de España, Boletín Informativo del Instituto de Medicina Psicológica, y Rapports de Psicología y Psiquiatría Pediátrica, Yatros...*
2. Fondo Archivo Historiales clínicos de Sanatorio Psiquiátrico de Toén (Orense): Expedientes Clínicos de pacientes. 1959-1960. PANAP. Archivo documentación clínica del Complejo Hospitalario de Ourense. SERGAS. Ourense.

BIBLIOGRAFÍA

1. BAN TA. "Fifty years chlorpromazine: a historical perspective." *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2007; 3(4) 495–500.
2. GREEN AR; ARONSON JK; HADDAD PM. "Examining the 'psychopharmacology revolution' (1950-1980) through the advertising of psychoactive drugs in the British Medical Journal." *J Psychopharmacol.* 2018 Oct;32(10):1056-1066.
3. MICALE MS. "The ten most important changes in psychiatry since World War II". *History of Psychiatry*, 2014, 25: 485-491.
4. LÓPEZ MUÑOZ F, ÁLAMO GONZÁLEZ C, CUENCA FERNÁNDEZ E. "Aspectos históricos del descubrimiento y de la introducción clínica de la clorpromazina medio siglo de psicofarmacología". *Frenia*, 2002, vol 2, 1, p. 77-107.
5. LÓPEZ MUÑOZ F, ASSION HJ, ÁLAMO GONZÁLEZ C, GARCÍA GARCÍA P, FANGMANN P. "Contribución de la iproniazida y la imipramina al desarrollo de la psiquiatría biológica: primeras hipótesis etiopatogénicas de los trastornos afectivos". *Psiquiatría biológica*, 2007, 4, 6, p. 217-229.

6. PEREIRA VS, HIROAKI-SATO VA. “A brief history of antidepressant drug development: from tricyclics to beyond ketamine”. *Acta Neuropsychiatrica*, 2018, 30 (6), 307–322.
7. GREEN AR. “Marketing medicines: charting the rise of modern therapeutics through a systematic review of adverts in UK medical journals (1950–1980)”. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 2018, 84, p. 1668–1685.
8. BIELLI A. “Los psicofármacos como tecnología social: los antidepresivos en el Uruguay”. CTS+I: *Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología, Sociedad e Innovación*, 2006, 7.
9. BIELLI A. *La introducción de los antidepresivos en Uruguay (1950-2000): transformaciones de los saberes psicológicos*. Montevideo: Universidad de la República, 2012.
10. DONOHUE J. A. “History of Drug Advertising: The Evolving Roles of Consumers and Consumer Protection”. *The Milbank Quarterly*, 2006, Vol. 84, No. 4, p. 659–699.
11. CASTAÑO RIERA EJ, OTERINO DE LA FUENTE D, RODRÍGUEZ RM. “El mensaje publicitario de los anuncios de fármacos en las revistas médicas españolas”. *Gaceta Sanitaria*, 2007, 21(5): 371-377.
12. MARTÍN ALCAIDE R, RUIZ-BERDÚN D. “La propaganda farmacéutica en la revista *Matronas*” (1953-1956). En MORENO TORAL E, RAMOS CARRILLO A, GONZÁLEZ BUENO (coord.), *Ciencia y profesión: el farmacéutico en la historia*, 2018, p.407-430.
13. DAVIS, JE. “Suffering, Pharmaceutical Advertising, and the Face of Mental Illness”. *Hedgehog Review*, 2006, 8, 3: 62–77.
14. COMELLES, JM. *La Razón y la Sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en la España contemporánea*. Barcelona: PPU, 1988.
15. NOVELLA E. *Los límites de la tecnocracia: la modernización autoritaria de la asistencia psiquiátrica en la España del segundo franquismo*. *Dynamis*, 2019, 39(1), 73-97.
16. HUERTAS GARCÍA-ALEJO, RAFAEL. (Ed.). *Psiquiatría y antipsiquiatría en el segundo franquismo y la Transición*. Madrid: Los Libros de la Catarata, 2017.
17. PERDIGUERO GIL E, COMELLES JM. *The defence of health: the debates on health reform in 1970s Spain*. *Dynamis*, 2019, 39(1), 45-72.

18. GUILLÉN RODRÍGUEZ A. *La construcción política del sistema sanitario español: de la posguerra a la democracia*. Madrid: ExLibris, 2000.
19. HUERTAS GARCÍA-ALEJO R. “El modelo de atención psiquiátrica en el primer franquismo: rupturas y continuidad”. En CAMPOS MARÍN R, GONZÁLEZ DE PABLO A (Coords.). *Psiquiatría e higiene mental en el primer franquismo*. Madrid: Los Libros de la Catarata, 2016, p.17-45.
20. SIMÓN LORDA D. “El Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP) y sus contradicciones: entre el enfoque psicosocial y el modelo manicomial”. En HUERTAS GARCÍA-ALEJO R. (Coord.). *Psiquiatría y antipsiquiatría en el segundo franquismo y la Transición*. Madrid: Los Libros de la Catarata, 2017. p. 15-46.
21. SIMÓN LORDA D. “Atención psiquiátrica, salud mental y salud pública en el tardofranquismo”. En: MARTÍNEZ PÉREZ J; PERDIGUERO GIL E. (eds.). *Genealogías de la reforma sanitaria en España*. Madrid: Los Libros de la Catarata, 2020. p. 127-154.
22. REDONDO RINCÓN G, GONZÁLEZ BUENO A. “La implantación de la prestación farmacéutica en el Seguro Obligatorio de Enfermedad (1944-1955)”. *An. Real Acad. Farm.* Vol 79, Nº 4 (2013), pag.658-688
23. VILAR RODRÍGUEZ M, PONS J (eds.). *Un siglo de hospitales entre lo público y lo privado (1886-1986)*. Madrid: Marcial Pons Historia, 2018.
24. DANÓN BRETÓS, J. “La Industria farmacéutica y la Historia de la medicina”. En *Báguena MJ, Fresquet JL*(Editores). *La agenda social de la historia de la Medicina. El patrimonio histórico médico*. Valencia: Cuadernos Valencianos de Historia de la Medicina y de la Ciencia, 2010. p 53-76.
25. SIMÓN LORDA D. *Locura, medicina, sociedad: Ourense (1875-1975)*. Ourense: Fundación Cabaleiro Goás-Xunta de Galicia, 2005.
26. DOMENECH I LLABERIA E. *Noticia sobre els «Rapports de psicologia y psiquiatría pediátricas» (1968) i el dr. Dídac Parellada*. Gimbernat, 2008, 51, 299-310.
27. RODRÍGUEZ, BEATRIZ (2020). *Terapéuticas psiquiátricas en los inicios de la psicofarmacología moderna: El caso del Hospital Psiquiátrico de Toén (Ourense) y de otros centros de Galicia*. Universidad de Santiago de Compostela, Facultad de Medicina 2020. Trabajo de Fin de Grado.



Anuncio de Ansiowas (Meprobamato) en revista Y-tros, 1961.



Portada de revista de *Rapports de Psychologia y Psiquiatria Pediátricas* (Barcelona), número 1, 1968.

1966 New Preparation - 7 fluid ounces

NEUROLEPTICO MAYOR

LARGACTIL

COMPRIMIDOS
AMPOLLAS
SUPOSITARIOS
GOTAS

DISTONIAS NEUROVEGETATIVAS
VOMITOS • ALGIAS
ESTADOS CONFUSIONALES
PRURITOS • INSOMNIOS
AGITACION PSICOMOTRIZ
DEPRESIONES • OBSESIONES
HIPO • EPILEPSIA

RHÔNE  ROULENC

Anuncio de Largactil (Clorpromazina) en *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica* (Barcelona), 1966

**INSTITUTO
DE
MEDICINA
PSICOLOGICA**

BOLETIN INFORMATIVO

Avda. José Antonio, 379 - Teléfono 224 65 72
BARCELONA - 11




Comité de Dirección
J. FARRÉ - E. GRAÑEN - J. R. OTAOLA
Redactor-Jefe: **E. MURCIA-VALCÁRCEL**

Año VII - FEBRERO - 1966 n.º 75

NUMERO INDICE

Colaboradores:

D. Abello-Gibert José Luis Ayuso (Madrid) C. Ballús R. Bassols R. Belmonte A. Bobé J. Buñuel
C. Calvo (Madrid) J. Carmi (Italia) Elena Capdevila (Madrid) E. Cerdó J. Coderch J.M.ª Costa-Molinari
Jacinto Corbella T. Cumsille (España de Italia) M. de la Cruz Fernando Claramunt (Madrid)
Edelmira Domenech J. Díaz-Villasante (Madrid) C. Estevo-Fabregat (Madrid) J. Ferrer-Hombrevilla
L. Falch-Camarasa M. Gil (Madrid) J. Gómez del Cerro C. González-Cáceres (Barcelona)
E. González-Manclús Enrique García Barros (Madrid) J. Jori Solé A. Ledesma-Jimeno (Barcelona)
J. L. Marri-Tusquets A. Mur Galindo J. Obiols D. Parellada J. Pons-Bartran E. Rallo-Piqué
J. Ramos-Aisa (Madrid) J. Rodríguez Isidoro (París) C. Ruiz-Ogara D. Saumench R. Vidal-Falch




LIBERETAS
tranquilizante liberador
de la psicosis y del miedo
ansiedad
depresión
neurosis obsesiva


0,0025 g. de diazepam por comprimido
1-3 comprimidos al día




Portada de *Boletín Informativo de Instituto de Medicina Psicológica* (Barcelona), febrero 1966.



**Neuroléptico patrón
aún no superado**




RHODIA IBERICA. Información médica: Víctor Pradera, 19 - Madrid



*** NEUROLEPTICO DE MAXIMO
PODER ANSOLITICO**

*** TRATAMIENTO EXTRAHOSPITALARIO
DE LAS PSICOSIS A DOSIS MINIMAS**

ACTAS
LUSO ESPAÑOLAS
DE
**NEUROLOGIA
Y
PSIQUIATRIA**




Vol. XXIX ABRIL 1970 Núm. 2

Dirección
Prof. J. J. López Ibar Prof. Darakona Fernández
Madrid León

Cooperación

Alonso Lario (León); Alonso Fernández, F. (Sevilla); Bárcenas Zambrá, L. (Barcelona); Carbonell Masó, C. (Madrid); Ceballos, E. (Madrid); Covarrubias Prieto, G. (Madrid); Fernández de Córdoba, E. (Madrid); Fuentes, V. (León); González Quirós, P. (León); López-Ibar, A. J. (Madrid); López de Letona, J. (Madrid); López, E. (Barcelona); de Miera, Eloy (Comillas)	Gómez, E. (Barcelona); Puyato, P. (Madrid); Pérez L. (Madrid); E. (Madrid); Fuentes, P. (León); Fuentes, J. M. (Madrid); Rojas, R. (Barcelona); Rojas, E. (Comillas); Egoz, M. (Vitoria); Salvo Viqueiro, M. (Barcelona); Saura, M. (Barcelona); Soto, P. (Barcelona); Sobirón, A. (Barcelona); Valdeolmillos, J. A. (Madrid); Vela, L. (Valladolid)
--	---

Redacción
E. M. López-Ibar Abilo
F. González Lira
Avenida de Nueva Zelanda, 59. MADRID-20

Edición
 **Editorial Paz Montalvo**
Vitoria Pradera, 15 - 41001

Precios de suscripción:
España: 150 ptas.
Extranjero: 150 ptas. (US \$ 6)
Número suelto: 120 ptas.

Registro de Sinogramas Periodísticos núm. 226 - tomo 4 - tomo C. N. Julio 68, inscripción 1.ª
Legislación: IBIAN, Actas de León, Madrid

Publicidad en revista "Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría" (Madrid) abril de 1970.

La madre de Frankenstein

Almudena Grandes. Tusquets

Adrián Gramary

Psiquiatra (Porto-Portugal)

La madre de Frankenstein, o último libro da serie *Episodios de una guerra interminable* de Almudena Grandes, ten por protagonista a Aurora Rodríguez Carballeira, nai e asasina confesa de Hildegart, a “nena prodixio” que se tornou célebre na loita pola emancipación da muller durante a Segunda República. A publicación do libro é un bo pretexto para revistar o caso da famosa parricida ferrolán, autora dun crime que escandalizou á sociedade dos anos 30, e cuxa patoloxía, a paranoia, ten límites tan difusos coa normalidade (se é que esta existe) que cuestiona as nosas certezas mais tranquilizadoras. Por outro lado, tal como refire Guillermo Rendueles, autor dun libro dedicado a Aurora, o seu caso, cheo de ambigüidades e contradicións, fainos pensar no risco de esvaramento cara a loucura e o fanatismo que toda utopía pode conter.

Grandes esclareceu en diversas entrevistas a orixe dos *Episodios*: durante a preparación da novela *El corazón helado*, viuse obrigada a facer unha inmersión na posguerra que lle permitiu descubrir historias insólitas que arquivou nun caderno. Foi este caderno o embrión da futura serie *de Episodios*, un proxecto que naceu como unha tentativa de recuperación da memoria histórica da posguerra que tivo como modelos os *Episodios Nacionales* de



Galdós e o *Laberinto mágico* de Max Aub, onde, tal como nos modelos, se mesturan personaxes reais e ficticios. A de Aurora foi unha das historias conservadas no caderno.

Aurora era filla dun procurador do Ferrol con ligazóns familiares á masonaría, que tivo desde nena unha relación moi conflictiva coas figuras femininas (nai e irmá) e desenvolveu axiña unha identificación co pai. Interesouse dende nova polos socialistas utópicos, os teóricos do anarquismo e a euxenesia, e chegou a acariñar a idea da creación dunha colonia onde sería posible realizar unha rexeneración da raza. Despois da morte do pai, decidiu ter unha filla a través da que coidaba materializar os seus soños de transformación da sociedade. Para isto, escolleu un “colaborador fisiolóxico” con quen se someteu ao que ela chamou tres “afrontas sexuais” ata conseguir quedar embarazada. Aurora trasladouse a Madrid, onde naceu a filla, a quen puxo o nome simbólico de Hildegart (en alemán “xardín de sabedoría”). A educación da nena foi obxecto dunha planificación exhaustiva por parte da nai. Sen tempo para xogar, Hildegart dedicouse exclusivamente aos estudos, o que lle permitiu atinxir resultados sorprendentes: antes dos 10 anos xa falaba catro linguas, aos 13 entrou na Universidade e aos 17 xa concluíra a carreira de Dereito.

Comeza a escribir aos 13 anos en diferentes xornais e revistas (*La Tierra, El Socialista*) sobre temas coma a emancipación da muller, a educación sexual, o aborto, o amor libre, a abolición da prostitución e o control da natalidade. Escribiu ata o momento da súa morte, aos 18 anos, 15 libros e centos de artigos, cuxa autoría (¿exclusiva ou froito da colaboración da nai?) continua sendo obxecto de discusión. Hai tamén nos seus textos unha evidente influencia do movemento euxenista, que nos anos 30 cativaba o mundo occidental, cuxos alicerces eran o darwinismo social e o neomalthusianismo. Talvez sexan estes textos os que provocan un maior rexeitamento no lector actual, especialmente aqueles nos que defende a esterilización e ata a eliminación dos discapacitados e dos pacientes psiquiátricos. Convén ter en conta, con todo, que esta teoría seducía daquela non só aos partidos fascistas senón tamén aos partidos de esquerda, incluíndo o movemento anarquista. Hildegart entra tamén na política e afíliase ás Xuventudes Socialistas e á UXT. Mais tarde, o rexeitamento da estratexia do PSOE de entendemento cos

partidos burgueses, á que dedicou artigos críticos, levouna a darse de baixa para afiliarse ao Partido Federal, fundado por Pi i Margall.

Hildegart estabeleceu tamén contactos internacionais con figuras senlleiras do movemento de reforma sexual, coma Havelock Ellis en Gran Bretaña e Magnus Hirschfield en Berlín. Estimulada por eles, participa, coa colaboración de Gregorio Marañón, na creación da Liga Española para a Reforma Sexual, da que foi secretaria e redactora do seu órgano de expresión, a revista *Sexus*.

Mas ímonos deter un intre na análise da relación simbiótica entre nai e filla. Aurora sentiu desde nova unha forte pulsión para mudar a situación da muller na sociedade e mostrouse fascinada coas posibilidades de melloramento da especie que ofrecía a “enxeñaría social”. A decisión de ter unha filla estivo ligada en parte a estas dúas pulsións, alén de servir de compensación das súas fragilidades narcisistas. De feito, educou a filla para ser o paradigma da “nova muller”, unha sorte de “supermuller” nitzschiana que fose ao mesmo tempo o brazo executor da nai. A aparente misión liberadora de Hildegart respondía no fondo aos desexos inconscientes de omnipotencia da nai. Aurora asistía coa filla ás clases da universidade e tornouse na súa sombra en todas as aparicións públicas. O dirixente socialista Julián Besteiro, profesor da filla na Universidade, confesou que a imaxe das dúas sentadas xuntas na aula lembráballe a dun cachorro de canguro dentro da bolsa marsupial da nai. Hildegart foi, de feito, unha prótese ou apéndice narcisista da nai, unha nai paranoica, fálica e hipercontroladora, que, ao mesmo tempo que incentivaba a actividade pública da filla, castraba o seu desenvolvemento sexual, proxectaba nela as súas frustracións e rivalizaba con ela. Resulta paradoxal que alguén que pretendía loitar pola liberación da muller considerase que esa liberación era aplicable a todas as mulleres excepto à filla. Todo en Aurora resulta contradictorio: afirma loitar pola emancipación da muller, mas demostra ter odio pola condición feminina ao describirse como posuidora de un “cerebro viril”; di que é anarquista e, non obstante, é unha defensora entusiasta da “enxeñaría social”.

O detonante do crime foi o apaixonamento de Hildegart por un compañeiro de filas do Partido Federal xunto coa decisión de aceptar un convite para ir vivir a Inglaterra. Ambas as decisións puxeron a nai en alerta: reflectían que Hildegart preparábase para cortar o cordón umbilical con ela. A partir dese momento, comezou a sospeitar que a Intelixencia Británica

tentaba recrutar á filla. O delirio de persecución e o de interpretación foron gañando forza ata chegar á conclusión de que debía destruír a súa “obra” antes de que fose neutralizada pola conspiración internacional. O 9 de xuño de 1933, a noite tráxica do filicidio, despois dunha discusión con Hildegart, dispara catro tiros á filla e diríxese ao bufete dun avogado para confesar o crime.

O xuízo tivo unha repercusión sen precedentes na prensa e os principais xornais mandaron correspondentes para cubrir o caso. O redactor xefe do xornal anarquista *La Tierra*, Eduardo de Guzmán, publicou por entregas as entrevistas que fixo á parricida na prisión. Tanto a acusación como a defensa solicitaron peritaxes psiquiátricas. Os peritos da defensa, Sacristán y Prados Such, concluíron que Aurora tiña un cadro delirante crónico, unha paranoia con delirios de grandeza, interpretación y persecución. Falamos dunha psicose sen alucinacións, con clareza de consciencia, caracterizada por delirios estruturados e sistematizados, o que pode facilitar que sexan “compartidos” por outras persoas. Tendo en conta o diagnóstico, determinaban que non era responsable e debía ser tratada nun manicomio. Os peritos nomeados pola acusación, Antonio Vallejo Nágera (que mais tarde, durante a guerra civil e posguerra, transformouse nun dos mais conspicuos psiquiatras do franquismo) e Piga, chegaron a unha conclusión contraria: Aurora era unha psicópata paranoide, noutras palabras, tiña un trastorno de personalidade, que, no ámbito forense, non se considera unha doenza psiquiátrica *tout court* e, por tanto, tiña capacidade para diferenciar o ben do mal. Sendo responsábel, debía cumprir a pena nunha prisión. O xurado inclinouse pola tese da acusación e Aurora foi condenada a 26 anos de prisión e entrou na nova cárcere das Ventas, inaugurada por Victoria Kent e dirixida daquela por Francisco Machado, irmán dos poetas. Nesta prisión tivo innumerables conflitos debidos ao plano de reforma do sistema penitenciario que comezou a idear. Alí estivo ata 1935, cando a Audiencia Nacional substituíu a sentenza por un internamento psiquiátrico, momento en que foi transferida ao Hospital Psiquiátrico de Mulleres de Ciempozuelos, onde non tardou en maxinar un proxecto de reforma dos manicomios, unha distopía social que esixía que todos os cidadáns pasasen un tempo nun psiquiátrico para saber se tiñan condicións psíquicas para a reprodución.

A continuidade da biografía de Aurora perdeu-se durante o seu ingreso en Ciempozuelos. Ninguén tiña a certeza se morrera alí ou se fuxira coa confusión da guerra. Criouse arredor dela un misterio que facilitou a construción de diferentes relatos sobre o seu desenlace. Fernando Arrabal contaba, por exemplo, que cando estreou en Nova York a obra *La virgen roja*, dedicada a Hildegart, pasou todo o tempo a pensar que Aurora ía aparecer no teatro en calquera momento da función. Os pasos na recuperación da historia de Aurora e Hildegart son ben coñecidos. En 1973, Guzmán publica o libro *Aurora de sangre* coas entrevistas que fixera a Aurora. En 1977, Fernando Fernán Gómez inspírase no libro de Guzmán, antigo correligionario, para facer o filme *Mi hija Hildegart*. Finalmente, en 1989, o psiquiatra Guillermo Rendueles descobre a historia clínica de Aurora en Ciempozuelos e publica unha análise exhaustiva do caso que titulou *El manuscrito encontrado en Ciempozuelos*, onde confirma que a parricida falecera de cancro no manicomio en 1956.

O libro de Rendueles permitiu acceder a historia clínica do internamento de Aurora en Ciempozuelos. Sabemos así que nunha determinada época confeccionou con farrapos un boneco do tamaño dun home ao que esperaba transmitir vida. Creara, esta vez, un fillo perfecto que non ía ofrecer ningunha resistencia aos desexos dunha nai omnipotente. Aurora transformárase finalmente na “nai de Frankenstein”.

O libro de Grandes describe a miseria moral da posguerra española partindo do microcosmos do manicomio de Ciempozuelos, escenario por onde desfilan personaxes de ficción (coma o psiquiatra protagonista, inspirado só en parte na vida de Castilla del Pino) e personaxes históricos (como os psiquiatras López Ibor ou Vallejo Nágera, quen no seu libro *La locura y la guerra*, publicado en 1939, non tivo pudor en analizar a “patomorfloxía da criminalidade revolucionaria marxista”, unha criminalidade que concluía que “non se producira na zona nacional”). Tal coma a autora afirma no seu libro, o manicomio de Ciempozuelos “era un modelo a escala da sociedade à que pertencía, unha miniatura patolóxica dun país doente”.

El caso Mike

(1ª edición)

Gustavo Dessal. Interzona Editora

Buenos Aires. 2020

Javier Peteiro

A Coruña

“Los sentimientos constituyen un terreno infinitamente más complejo que las ideas o los pensamientos. Están directamente conectados a esa rara red del habla de la que estamos cautivos.” Gustavo Dessal.

La nueva obra de Gustavo Dessal, de reciente aparición, es interesante, entendiendo este término tal y como lo recoge el diccionario de la R.A.E.: “*que interesa o es digno de interés*”. Es un doble sentido, aunque parezca único.

Por un lado, interesa, que no es poco. Estamos ante una novela que induce a su lectura mantenida y, a la vez, reposada, “*despaciosa*” como decía García Gual, prestando atención al mundo en que se encuadra y al torbellino que en sus personajes se desencadena.

Es y no es nuestro mundo el que ahí se nos muestra. La acción se desarrolla en una ciudad estadounidense, Boston, cuyas calles y barrios son descritos con el detalle suficiente para que la imaginación nos lleve a ellos, para que nos situemos allí aunque nunca hayamos estado en esa ciudad. Pero, a la vez, el protagonista principal, Mike, se mueve en un espacio que no sabemos si es real, virtual o esa extraña mezcla a la que la tecno-ciencia nos



está conduciendo. Mike es un hacker cuya capacidad, de la que a veces dudamos, se mezcla con una gran fragilidad. Podría decirse, de modo rápido, que estamos ante un joven con una mezcla de síntomas o con un síntoma novedoso hasta cierto punto, propio de la civilización actual.

Se trata de una novela en la que hay buenas dosis de intriga, de sorpresa, de acción... en la que las condiciones de entorno son las que son, una mezcla de desestructuración familiar, en la que ha nacido y se ha desarrollado el personaje, y de un orden social que oscila entre el extremo perturbado y perturbador y una continuidad que abarca desde el turbio clima de los hackers de poca monta hasta el de las agencias de inteligencia.

¿Quién espía a quién? ¿Quién gana y quién pierde en ese juego solitario y a la vez extrañamente relacional que se produce ante la pantalla de un ordenador? Son preguntas que surgen a lo largo de las páginas en las que, a la vez, se sugiere algo inquietante: esto, el nuestro, es o parece un mundo de locos. Y el protagonista sería sólo uno de ellos. Ni héroe ni antihéroe, sólo un ser abocado a la repetición de lo peor en forma de suicidio frustrado.

Por otro lado, el libro es digno de interés en sentido de la RAE, porque no sólo es una novela, sino algo más.

Podríamos decir, utilizando un término que no aparece en el texto, pero que sería compatible con él, que hay un atractor caótico como núcleo del mundo en que se mueven todos los personajes. Los atractores caóticos tienen que ver con lo extrañamente repetitivo, con lo determinista que se muestra como aleatorio. Un cambio en las condiciones iniciales y surge el caos. Y la novela juega con eso. Todo parece determinado pero está tocado con el indeterminismo que nos permite, a la vez que sorprendernos ante lo azaroso, ser humanos, gozar de la libertad.

No estamos ante seres felices, precisamente, aunque la lectura nos depare magníficos momentos de sosiego de personajes aparentemente tranquilos, como esos que comparte el Dr. Palmer con el juez Casttan, en los que se nos transmite el valor de una buena compañía gastronómica en la que discurre el diálogo facilitado por selectos vinos, aunque alguna vez el mismo placer se obtenga en un bar de carretera con una cena rápida. Ambos personajes

hablarán sobre un supuesto psicótico, haciendo de él con frecuencia el centro instantáneo de su universo mental, su aquí y ahora, tratando de ver hasta qué punto ese sujeto delira o dice algo sensato, algo que sería inquietante para todos. Acaba siendo más cómodo clasificar a alguien como un algo nosológico, cosa que ni Palmer ni Casttan harán.

El Dr. Palmer es psicoanalista y trata a muchos pacientes. Uno de ellos, *el caso Anne*, fue central en la primera novela de esta saga.

Quienes tenemos la fortuna de conocer al autor de la obra, sabemos que no es identificable con Palmer, pero sí tiene algo importante en común con él. Se trata del ejercicio del psicoanálisis, de esa humilde, humana y transformadora atención al sufrimiento humano, que inauguró Freud y que se siguió por otros, entre los que destaca la figura de un psicoanalista muy relevante, Jacques Lacan.

Ese modo, singular siempre, de percibir al otro, de acogerlo, para ayudarlo a que, partiendo del síntoma y siendo escuchado, haga algo mejor con su vida, es lo que proporciona la gran fuerza transformadora del psicoanálisis en general, aquí en su modo lacaniano. La palabra entra en juego analítico y terapéutico.. libremente, sin prisa, sin pausa, con tiempos de mirada, de comprensión y, tal vez, de conclusión.

Es difícil hacer bien la tarea a que uno está volcado por ser vocado a ella. Mucho más lo es cuando ese deseo se encarna en dos facetas, aunque se complementen, la de ser escritor y la de ser psicoanalista. Gustavo Dessal es maestro en ambas tareas y, por serlo, podemos entenderlo mejor en esas dos facetas, acercándonos en sus textos a lo que es el psicoanálisis y disfrutando de las obras literarias que produce.

Todos sus lectores deseamos, por ello, que el Dr. Palmer tarde mucho tiempo en jubilarse y siga deleitándonos con sus nuevos casos.

El nudo materno

Jane Lazarre. Editorial Las Afueras
Buenos Aires. 2020

Isabel Figueroa Matallín

“Para los hijos, para los hombres ausentes y para nosotras mismas, sólo somos madres”.

Jane Lazarre publicó por primera vez este libro en 1976, reeditándose en español hace un par de años en Las Afueras, una pequeña editorial catalana que se autodefine como “un territorio extenso en el que descubrir paisajes inéditos y abandonarse a lo inesperado”.

De esa forma me imagino yo que fue recibida en su época esta autobiografía, y posiblemente también lo siga siendo en la actualidad; porque hablar de la maternidad desde una perspectiva más allá del ideal, nos guste o no, hoy sigue siendo un acto de valentía, inédito e inesperado, que invita a cuestionar(nos) muchas de las enseñanzas que esta sociedad se ha empeñado en imponer(nos), especialmente a las mujeres.

En esta obra, la autora y protagonista, nos relata sus esfuerzos por conservar parte de su identidad previa a la maternidad, por ser “no sólo madre” y luchar por su deseo de ser escritora. El conflicto con el mito de la “buena madre” (la completamente desinteresada y entregada, la que por instinto ha de saber qué hacer en cada momento, la que ama a sus hijos sin fisuras, etc.), así como la ambivalencia y la culpa asociadas al mismo, son el eje de este relato.



A lo largo de sus páginas se va desgranando todo un proceso que va desde las dudas que la autora ya reconoce tener cuando va a realizar su primer test de embarazo, hasta que el primero de sus hijos tiene dos años de vida y va a nacer el segundo. Aparecen así sentimientos tan relevantes y comunes en este momento vital de las mujeres como los generados por el encuentro con la propia madre, la crisis con la pareja, la soledad, el agotamiento, la lucha entre el cuidado y el tiempo propio, el conflicto con el cuerpo, los cambios en la sexualidad, etc . Todo esto se describe en paralelo a las dificultades asociadas a ser una pareja interracial en aquella época.

A través del relato de lo cotidiano vamos descubriendo su proceso de transformación personal en lo comunitario: el paso de todas estas ambivalencias individuales a la creación desde y en la comunidad de un grupo de madres y una guardería cooperativa.

Más de cuarenta años después de su primera publicación, éste sigue siendo un texto que nos interpela. En mi caso como mujer, madre y terapeuta.

En nuestra práctica clínica es muy frecuente el encuentro con el otro femenino cuyo malestar está precisamente en lo que siente que le define como tal. La elección de la maternidad, su vivencia y posición ante la misma; el temor a herir si (se) reconoce el malestar asociado a ser madre, el sentirse juzgada por el otro, el deseo de disfrutar de la maternidad pero de no ser sólo madre, etc.

Son varias las mujeres que en los últimos años han compartido un discurso en relación a las paradojas y contradicciones de lo considerado femenino, que valiente y generosamente han relatado sus vivencias personales al respecto, facilitándonos a muchas otras poner en palabras algo de lo propio y aumentando nuestra capacidad para poder hacer algo con ello, desde lo individual y/o lo comunitario. Éste parece que es el camino, un camino en el que aún queda mucho por andar...

Es curioso que se nos presente desde Las Afueras lo que en realidad es un conflicto tan interno y cómo esta obra puede facilitar el sacar hacia fuera lo que lleva dentro de nosotras desde hace tanto tiempo...

Otra sociedad para la locura

Estudios sobre los lazos sociales en la psicosis

Carolina Alcuaz. Xoroi Edicions

Barcelona. 2021

Chus Gómez

Carolina Alcuaz es psicóloga y psicoanalista lacaniana con ejercicio clínico en Buenos Aires, Jefa del Servicio de niñas, niños y adolescentes del Hospital Nacional en Red, Lic. Laura Bona- parte de Buenos Aires. Autora de numerosas publicaciones sobre psicopatología en revistas y libros especializados en el tema, esta joya clínico literaria que acabo de leer, de una belleza narrativa destacable, es su primer libro, escrito magistralmente. La altura clínica y literaria van

de la mano y al mismo nivel, acompasando saber clínico y descripción poética, dimensión que ocupa en muchas ocasiones el primer plano, quizás porque hay cuestiones humanas que solamente desde ese territorio se pueden atisbar. Al fin y al cabo solo lo poético alcanza la dimensión enigmática que nos habita. Estos ingredientes convierten su lectura en un placer, cautivando al lector desde la primera hasta la última página. Además he tenido la suerte de asistir a la presentación y conversación online del libro entre Carolina, Gustavo Dessal, José María Álvarez, Claudio Godoy, Carmen González Táboas que han enriquecido más si cabe todo lo que he aprendido con su lectura. A todos gracias.

Carolina se formó en un psiquiátrico y eso también se nota clínicamente. Su libro tiene también como no podía ser de otro modo, una vertiente



biográfica. Alcuaz nos relata su encuentro con la locura siendo todavía una joven estudiante de psicología en el manicomio, encuentro no sin consecuencias, metaforizado en un breve comentario sobre su deambular por pasillos inmensos llenos de puertas en donde la última siempre quedaba sin franquear... Ese encuentro marcó definitivamente su historia, su vida y las elecciones que realizó a nivel profesional y personal como fue el estudio del psicoanálisis y que apuntan a los rasgos de su posición ética como sujeto, en los que su fundamenta su saber hacer.

El libro es una reflexión en profundidad sobre la locura, su vínculo con los otros y su inscripción en lo social. Es decir, intenta formalizar eso que se llama el lazo social y que no deja de ser un término difuso o borroso pero del que por otro lado, como ella afirma, cada uno de los que nos dedicamos a este oficio tenemos una idea acerca de qué cosa es y en este sentido tiramos de esa nebulosa conceptual para orientar intervenciones clínicas de cara a la búsqueda de la estabilización. Como dice en la contraportada del libro ¿Qué nos vincula y qué nos separa a los seres hablantes? Estas preguntas iniciales la autora intenta responderlas y lo hace de manera rigurosa y bien documentada, de modo que todo el libro es una lectura fina y minuciosa de una gran parte de la obra de Lacan, sobre todo del Seminario 3, aunque son otros muchos seminarios los que se revisan y sirven de apoyo a su texto. El libro puede considerarse un compendio exhaustivo de la teoría lacaniana de la psicosis, del que hace una lectura rigurosa para intentar responder a esa pregunta sobre el lazo social y sus variantes; la respuesta como cabe esperar no es general, sino que cada sujeto la responderá desde su singularidad con los inventos que haya sido capaz de armar con mayor o menor éxito. El trabajo en la dirección de la cura, en la búsqueda de estas respuestas, lo ejemplifica maravillosamente en las viñetas clínicas con las que enriquece el texto. Destaco al respecto estas líneas: “En los seres hablantes el lazo social no está de entrada. El hombre carece de un instinto que le indique como vincularse con los demás, de ahí que deba inventar las maneras de enlazarse a los otros. Pero recordemos que cada uno inventa lo que puede. Si para relacionarse con otros algunos cuentan con la ayuda del Nombre del Padre, otros en cambio deben de lograrlo sin su auxilio. Estos últimos, los psicóticos, arman lazos sin la función paterna” a lo que añade que algunos autores han negado que estos vínculos fueran auténticos

y el debate sobre su cualidad y autenticidad genera muchas controversias, fundamentadas sobre todo en la cuestión de leer la psicosis como el reverso de la neurosis, que no deja de ser un prejuicio. Carolina propone una clínica de los lazos y la aborda desde ahí convirtiéndola en un campo lleno de matices y sutilezas de una gran riqueza.

Gustavo Dessal y José María Álvarez prologan este libro exquisito, y son un plus añadido a su lectura, con las palabras que introducen su lectura siempre esclarecedora. Para Dessal el libro puede ser considerado como un mini vademecum de la teoría lacaniana sobre las psicosis, para José María un libro necesario e importante, y ambos destacan la calidad clínica y el gusto estilístico.

Las páginas del libro rezuman saber y saber hacer clínico y hace sencillas y entendibles las cuestiones complejas de la teoría lacaniana de la psicosis; desmenuza lo complicado de la teoría sin por ello perder rigor, virtudes ambas difíciles de aunar, derivadas, parece más bien, de su posición subjetiva, de todo el conocimiento acumulado en estos años, que no es menor, y del que se da buena cuenta en el libro.

Alcuaz se revela contra el uso indiscriminado eslogan “del fuera de discurso” que prácticamente se equipara a ser psicótico y dice :” ¿No es acaso la transferencia en la psicosis un tipo de lazo social que se adelanta en mucho a su conceptualización? mayor es el reto cuando sabemos que para algunos sujetos psicóticos el terapeuta es su único lazo posible”.

Una de las enseñanzas del libro es la de señalar el valor transclínico del discurso analítico, derivado de su función de alojar eso más singular de cada uno que es su goce, eso que no vale para nada, que va contra el discurso común y que por tanto nos hace sujetos fallidos de entrada para hacer lazo. En esta época de la pulverización del padre, los valores de la tradición no están disponibles para orientar al sujeto contemporáneo y obliga a que cada uno busque su solución para habitar el cuerpo, el lenguaje, el sexo y lo social. Y eso tiene su traducción en la clínica actual.

La teoría lacaniana de la psicosis promueve en contra de la teoría biológica de las psicosis que no hay déficit intrínseco asociado y es algo que los que trabajamos con psicóticos a diario constatamos. Carolina propone una clínica

de los lazos y aborda el tratamiento de la psicosis desde ese punto. En cada caso se trata de ubicar qué vínculos estabilizan y cuales producen el efecto contrario, qué lugares ha podido ocupar y qué relevancia tienen para el sujeto, son cuestiones que atraviesan toda la obra de Lacan. Los sujetos psicóticos como seres de palabra que son sensibles al discurso de la época y están afectados por los ideales sociales en juego. Rousseau, Joyce, son ejemplos de invenciones de cómo hacer lazo más allá de su tiempo cada uno en su estilo pero usando la escritura para darse un lugar entre los otros.

Una de las muchas enseñanzas del libro es demostrar el valor transclínico del discurso analítico que aloja lo atípico de cada uno, lo que no entra en ningún lazo social, partiendo de que dicho lazo es fallido desde el inicio para todos y que cada uno ha de buscar su solución para habitar el cuerpo, el lenguaje, el sexo y lo social...

En definitiva la autora insta a repensar la clínica de la psicosis en nuestra época, propone otra manera de escuchar la locura y de acompañar esa falta de “instinto” gregario que Freud señaló y que Lacan tradujo en términos de No hay relación sexual, que es con lo que cada uno tendrá que lidiar en la vida para buscar su respuesta... nuestra tarea en parte consiste en acompañar en ese recorrido vital.

Un lujo de libro, para leer, y releer, pensar y repensar... una guía imprescindible incluso para los que desconocen la teoría lacaniana de las psicosis.

Camiño negro

Ramón Area. Edicións Positivas

Santiago. 2020

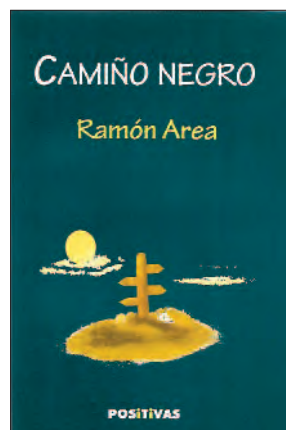
Xosé Manuel García

UNHA LECTURA DE *CAMIÑO NEGRO*

Literatura e Psiquiatría son dúas salas separadas por unha finísima medianeira. Un deses tabiques tan exiguos, que calquera lene ruído producido nun dos seus lados é de contado percibido no outro.

Dado que o ensaio adoita ser o formato máis habitual desta promiscuidade espacial entre ambas as dúas disciplinas, unha novela escrita por un psiquiatra sempre esperta unha curiosidade forense engadida: verificar o estado da parede e da súa permeabilidade.

En *Camiño Negro*, o novo libro de Ramón Area publicado por Edicións Positivas, hai algo de camiño e algo de negro, pero o título semella unha alegre trasnada do autor. O libro non pretende –senón de xeito tanxencial– falar do Camiño de Santiago, aínda que haxa un permanente tránsito polo seu trazado. Tampouco busca, na miña lectura, desenvolver un episodio de novela criminal, en boa hora haxa delito, cadáver, culpábeis e gardas civís. É, no entanto, unha novela de fuxidos que levan –como todos– as súas costas cambadas polo peso do pasado. Memorias deitadas en sacos esfarrapados deitados nalgún faiado que por razóns circunstanciais vense obrigados a abrir, facendo inventario do seu contido e enfrontándose ao arrecendo estraño, amargo e doloroso que conteñen.



Polo camiño negro destes restos da marea debrúzanse estraños peregrinos, mergullados nunha atmosfera irremediabelmente familiar. Suceden a paisaxe, os silencios, a derrota asumida como forma de vida. A retórica da retranscrición como antiga saída de emerxencia que deu en virar fachada única (barroca ou románica, iso daría para outro texto). Un edificio antigo e ruinoso, de ar viciado que, deixado do tempo, aínda se mantén en pé, inzado de fisgoas e humidade. Este é sen dúbida un dos grandes valores da novela, que vai gañando corpo segundo a historia avanza e medra despregando a súa ramallada polas páxinas. As personaxes habitan un mundo pouco ventilado, sumido nunha escuridade corpórea, que transcende o mero contorno exterior para se inserir no seu ánimo, no seu xeito de expresarse e moverse pola trama.

A estrutura é tamén complexa; inicialmente confusa e posteriormente engraxada, eficaz. Os seus bordos son redondeados, case sen arestas, o que facilita que a historia flúa, conducida pola enorme comodidade e destreza do autor no manexo do diálogo. A reflexión histórica, adobiada polas ilustradoras citas de Hidacio e Prisciliano está absolutamente medida, e a súa incidencia no devir da novela é enriquecedor. Sorprende sinaladamente a interacción da personaxe central, Lucía, unha garda civil compostelá afincada en Madrid co habitante do santo sarteiro compostelán, inzada de agudeza e enxeño.

As outras dúas personaxes centrais que completan este cuarteto de Compostela toman como punto de partida a variedade do perdedor habitual no *noir* para axiña maduraren, sobardando as estreitas roupaxes que impón o xénero para contarnos dúas historias da Galiza contemporánea: a reconversión naval do Vigo dos 80 e o narcotráfico na Ría de Arousa. Dous lugares nos que, de novo, Area bota man da acuarela, sutil e diluída, para eludir calquera exceso sobre o papel. O ambiente recréase con éxito e arroupa coherentemente a evolución vital de Cazale e Fernández.

O paso da derrota á ávida urxencia de vitorias adoita contemplar a infracción, a fractura sociocultural ou legal como marco establecido no que se mover. Eis o verdadeiro camiño que virou negro, que escureceu para facerse posíbel nunha cidade que é un país construído sobre unha mentira revestida de ouropel. Un país alimentado de secretos e privado da súa épica. O noso camiño negro non segue as voltas das tebras Conradianas, tráxicas e terríbeis, senón

que vara no esluído mármore dun bar de barrio ou espartana tasca de aldea. Perdemos dramatismo, pero gañamos o morrermos na cama.

Ou quizais se engane o lector e non estea a Galiza edificada na mentira, senón sobre unha incerteza. Non sería desde logo un mal acordo. Polo menos, deixaríanos o consolo da ficción e a ironía, as dúas debulladas por Area de maneira espléndida.

De la Sexualidad diversa a la terapia (in)necesaria.

Miradas desde Freud a Garma, dentro
y fuera del Psicoanálisis.

Iñaki Martínez. Editorial Díaz de Santos
Santiago. 2021

Si bien hace un siglo los pioneros del psicoanálisis se adentraron en la sexualidad casi como algo homogéneo, con la mirada masculina y adentrándose ocasionalmente en la homosexualidad, hoy día la diversidad en la sexualidad nos exige mayor conocimiento, pues los puntos de vista ofrecen miradas muy diferentes: desde lo biológico y reproductor, la etología sexual (la orientación o el comportamiento sexual), la sexología, lo psicológico asociado a la personalidad, la sociología sexual a través de sus vínculos. Miradas que llevan a que nos encontremos con diferentes modos de relación y prácticas con una enorme diversidad. Se trata de adentrarnos en la sexualidad humana que recibe frecuentes castigos y censuras en la vida cotidiana, incluidas y, sobre todo, desde los medios de comunicación y las redes sociales, posiblemente debido a la débil educación sexual y esa interesada perpetuación de mitos y tabúes. Se trata de opinar, reflexionar y cuestionar, cómo no, sobre los comportamientos y elecciones del cuerpo, ese lugar donde habitamos en todo momento. No existe una esencia de la homosexualidad ni de cualquier otra diversidad sexual, como tampoco existe la esencia de una opción desde el psicoanálisis, la sexología o la psicología que pueda arrojar luz sobre estas cuestiones. Sabemos que hay identidades no binarias, pero



estamos aún demasiado aferrados al binarismo como organización y como aceptación de lo que parece tal o cual persona, más allá de lo que sea. La confusión sobre estas cuestiones, ignorancia incluso, es importante en muchos sectores sociales y profesionales, con una mezcolanza de conceptos y argumentos. Hay quienes actúan con conocimiento de causa y quienes agreden porque odian al feminismo y las teorías en torno a las personas LGTBIQ+. Conviene aclarar términos e ideas y queda en este texto el intento. Con cierto agnosticismo, este libro se adentra en estos territorios de la sexualidad y el psicoanálisis, recorriendo escritos y opiniones de Freud y de un buen número de ilustres de este campo –algunos de los clásicos del psicoanálisis, aunque en ocasiones fueran mujeres–, mientras en otros capítulos se recupera mayor conocimiento sobre la vida y obra del psiquiatra y psicoanalista Ángel Garma, que nació en Bilbao, se formó en Madrid y Berlín, fue al exilio de París y Buenos Aires, y terminó siendo una figura internacional en el psicoanálisis. Prolongando su conocimiento con los momentos en los que investigó y opinó sobre la sexualidad, con algunas curiosidades sobre su amigo Federico García Lorca, amistad poco conocida y escasamente divulgada.

Tras un recorrido por esta sociedad diversa, con la existencia de sexualidades diversas, con esta lectura nos hemos detenido en algunas cuestiones propias de la psicología, la psiquiatría, la Iñaki Markez sexología y el psicoanálisis, también en los recursos terapéuticos. Cada persona es muy libre de vivir y sentir su sexualidad, con sus derechos sexuales, incluidos los reproductivos, así como a una educación, información y atención sexuales si las precisa, libres de discriminación. Sin comportamientos fóbicos desde sector social alguno, sin discriminación por razón de orientación e identidad sexual. Con derechos a no tener impuesta ni presuponer nuestra heterosexualidad, excluyendo opciones a sexualidades no normativas. Permitirse mujer, o bien gay, trans, lesbiana, bisexual, heterosexual, género queer, lo que quiera o sienta ser, en una sociedad con relaciones sexuales y sociales muy diversas, que van mucho más lejos de la reproducción sexual, por muy “natural” que se presente. Desde una perspectiva inclusiva, con un lenguaje que reconozca la diversidad sexual, se hace necesario, sin encerrarnos en argumentos dominados por moralismos o apoyaturas biológicas y sanitarias. Nuestra decisión sobre la diversidad sexual está en cada cual.

Ansiedad que no cesa, aislamiento, confinamiento

F M Adúriz

Psicólogo y psicoanalista de la Asoc. Muncial de Psicoanálisis.

www.fmaduriz.es

Conferencia organizada por SCF, Ateneo de Palencia y La Otra Psiquiatría.

19 de marzo de 2021

“Hay un silencio que procede del desacuerdo con el mundo,
y otro silencio que es el mundo mismo”

Ramón Andrés, *No sufrir compañía.*

Señalaré lo esencial, y de manera breve y esquemática, el vínculo posible entre una Ansiedad que no cesa, el aislamiento y el confinamiento.

1. SOLITARIOS Y AISLADOS

La pandemia ha puesto en juego el binomio vida interior/vida exterior. Decimos vida interior al recorrido constante de la geografía interior, esto es, a la escucha atenta de los modos de hablar del sujeto del inconsciente, en sus fallas, que son sus aciertos, el olvido, el lapsus, los sueños, los actos logrados/fallidos. Ese su decir nos habla, y nos concierne, es nuestra subjetividad. Estamos divididos, por un lado el yo y por otro lado el Otro, el discurso del inconsciente, división intolerable para quienes prefieren pensarse en términos de control, de que son posibles los mecanismos de control. Pero nuestro esquema, desde Freud, sabemos que no es tan pobre. Cuando hay esa riqueza vital, cuando se dan esos diálogos interiores, esas formaciones del

inconsciente, no nos alejamos mucho de lo esencial del guion de nuestra vida. Amar el inconsciente se opone a permanecer desabonados del inconsciente.

Entonces, si atendemos a nuestra subjetividad, no necesitamos con urgencia del ruido exterior, de las vidas de los otros, por cuanto tenemos a mano nuestra propia vida. Paralelo al guion de nuestro acontecer camina la lectura. Un buen lector sabe que cuando metes el primer libro en casa estás perdido, pues un libro corre la voz y avisa al resto que en esa casa hay trabajo, y peregrinan hacia el timbre libros y libros, autores y autores, que como Borges diría se ha de hacer ya espacio a todos los libros del amplio Universo. Engancharse a los libros es eso: empezar por un buen libro que agita la vida del intelecto.

Por el contrario la vida exterior requiere calle, requiere escaparates, requiere imaginario, requiere captar otras vidas a través de su aspecto exterior vía imágenes. Lacan ya decía que el *parlêtre*, el ser que habla, adora su cuerpo, adora la superficie exterior de su cuerpo, lo mira, lo cuida, lo contempla. En nuestra época, se ha multiplicado esa observación lacaniana hasta extremos inimaginables, como nunca antes en la historia ha florecido una industria del cuidado de la imagen exterior del cuerpo. Incluso se escribe, se pinta en esa superficie del cuerpo con esas escarificaciones, piercings, o mil retoques plásticos hasta la exposición del propio cuerpo en el *body-art*. Un buen nombre de todo ello es... postureo.

Cuando comienza el confinamiento (o la reclusión según algunos juristas, que piensan que es el término correcto, en tanto se confina fuera del hogar, se recluye en el propio domicilio) esta división entre quienes no necesitaban vivir la vida de los otros, y quienes vieron apagarse las luces de la ciudad a la par que la suya, marcará la línea divisoria entre quienes comenzaban a sentir el afecto del aburrimiento, afecto poco estudiado por Freud, quien no disponía de tiempo para aburrirse. Un divulgador científico llamado Punset, fascinado como tantos por equivocarse cerebro e inconsciente, animó con esta frase: “Entra en tu cerebro”. Creo que es más saludable para “tocar” algo de nuestro inconsciente, un “Entra en tu biblioteca”. Pues bien durante el confinamiento más estricto, el binomio biblioteca/vida interior frente al binomio postureo/vida exterior, ha polarizado una clasificación entre solitarios y aislados.

Hay una colección de libros que se llama “Los solitarios y sus amigos”. Ergo, no son incompatibles. Se puede ser solitario, como lo es un buen lector.

2. EL ENCUENTRO CON LA SOLEDAD

Este confinamiento también ha puesto sobre la mesa la relación con la soledad.

Estamos solos al nacer, aunque a veces, parodiando a Gila, tenemos la suerte de que ese día esté en casa nuestra madre, chiste que encierra una verdad, la de la necesaria participación del bebé en el nacimiento (lo incomprensible y sorprendente de esa idea de Françoise Dolto en su manera de dirigirse a los bebés: “deseaste nacer”, les decía).

Y estamos solos en la hora final, por más que ahora, debido a la pandemia, clasifiquemos dos tipos de muerte: la *muerte en soledad*, y la *muerte acompañado* hasta el último suspiro. En buena lid, la soledad viene con el nacer, viene con la muerte. Pero también acude, cual herida, con la tercera herida de Miguel Hernández, viene con el amor, con lo solos que enfrentamos las vicisitudes del amor, los sustos del amor que diría Márquez.

Es nuestra soledad algo que acontece un día histórico en nuestra vida, cuando ha desaparecido una coordenada que nos unía con un Otro. No es sin angustia esa brusca comprobación de que el Otro no aparece, e interrogamos su Deseo: ¿nos ha abandonado? ¿ha dejado de mirarnos? ¿pueden perderme? ¿se ha despistado con algo y nos hemos perdido? ¿puede haber algo más importante para una madre o un padre que su hijo? En ocasiones sí, puesto que los adultos tienen otros partenaire de goce, y se olvidan de los hijos. Algo de olvido es necesario, por otra parte, definido a la perfección en el movimiento *malas madres*.

Finalmente, no es que la soledad no sea algo bueno, es algo buenísimo. Ese encuentro con la soledad ha de acontecer en algún momento, en un instante infinito, en la eternidad de unas décimas de segundo¹.

Después, la soledad va siendo un compañero de viaje a lo largo de toda nuestra vida. Saber hacer con la soledad es de lo que se trata.

Pero ello va a depender, y mucho, de las estrategias neuróticas o psicóticas o perversas de cada uno.

1. Por parafrasear el libro *La eternidad de un día*, un libro dedicado al periodismo alemán. Ver UZCANGA MEINECKE, F., (2016), *La eternidad de un día. Clásicos del periodismo alemán (1823-1934)*, Acantilado, Barcelona, 2016.

3. DISTINTAS SOLEDADES

La pandemia actualiza los modos de estar solo. Diferentes modos dependiendo de la estructura clínica de cada sujeto, distintas soledades².

Para un perverso la soledad tiene como sombra el de la búsqueda del goce, con quien hace pareja, incluso con la herramienta de ese goce, un goce que aun cuando use personas, es un goce muy solitario. El sujeto psicopático busca a veces escenarios muy sociales como el mundo de la empresa o el de la política, pues su interés es manipular el goce del de enfrente. Recordemos que el sádico es un gran trabajador³, al servicio de angustiar, de dividir al otro hasta hacerle ver lo maravilloso de desbordar la ley y la ética para alcanzar el goce de la transgresión.

Para un psicótico, de soledad máxima, de ausencia absoluta de lazo social, no hay queja respecto a ello, pues no parece ir con él ese darse cuenta de que está oceánicamente solo. Sus fracasos en el amor, su imposibilidad de vínculo social ofrece la ventaja de un reverso, su pasión por la creación en soledad, sea la escritura, sea la pintura, sea el arte en general. Su proximidad a lo real, a lo que no cesa de no escribirse, le confiere una ventaja. Se sabe que el artista toma la delantera al psicoanalista, en tanto vislumbra algo antes de que nazca, su creación exnihilo.

Para un obsesivo, la soledad es la muestra de su alejamiento del peligro del *Deseo del Otro*, que le angustia, de ahí su obsesión por el no contacto, su alejamiento de los otros, incluso buscando fervientemente ser rechazado, haciéndose expulsar, para centrarse en su amor por sus cosas, sus objetos, sus colecciones, sus perennes pensamientos, sus Obras Completas, sus hazañas (cronometradas por un Otro, invisible, que mira desde la tribuna).

Para el sujeto histérico, en fin, esa soledad demuestra su interés por dar la nota, destacar, por protagonizar en exclusiva la escena, siendo uno entre muchos, siendo la deseada/deseado, para así, más tarde, poder sustraerse

2. Ver BASSOLS, M., "Soledades y estructuras clínicas", en *Freudiana*, núm., 12, Barcelona, 1994.

3. Ver LACAN, J., "Kant con Sade": «"Tengo derecho a gozar de tu cuerpo, puede decirme quienquiera, y ese derecho lo ejerceré, sin que ningún límite me detenga en el capricho de las exacciones que me venga en gana saciar en él"...Tal es la regla a la que se pretende someter la voluntad de todos, si una sociedad le da mínimamente efecto por su obligatoriedad», en *Escritos II* (1966), Siglo XXI, Madrid, 1985, p., 747-748.

mejor. Entonces con más potencia, pasa a ...desaparecer a una soledad abrumadora, pasa a fantasear en el interés que despierta su reclusión, su auto-confinamiento periódico.

Otra exquisita y sutil fórmula de defender su soledad es ser pareja de muchos, serlo con el secreto propósito de ser siempre la desconocida/el desconocido del siguiente. Ser un enigma andante, pero de uno en uno. Ser sola, estar solo.

4. SOLEDAD IMPUESTA

La soledad impuesta duele, es la soledad obligada por el desamor, por la muerte de un ser querido⁴, por las circunstancias trágicas.

Es impuesta cuando un Otro destierra, abandona, deja caer, expulsa.

Soledad impuesta por el desgarro laboral. A veces la expulsión de un puesto de trabajo, la pérdida de los compañeros de trabajo, de las rutinas diarias. El lazo laboral, al margen de la identidad que otorga: “Soy comercial”... “Soy médico”.

Un amigo jugaba con responder a la pregunta ¿Qué es tu padre?, con la respuesta... ¡Mi padre es feliz!, y ahí se ve la diferencia entre ser y desempeñar una tarea.

Soledad impuesta por la etapas del desarrollo:

a. Es la soledad del adolescente que pierde al niño que lleva dentro y desconoce el cuerpo que posee, y va inventando un nuevo lazo social (*Solitarios reunidos*, sería su mejor definición) mientras vive muy desorientado durante algunos largos meses, con su freudiano “derecho a detenerse”⁵ bajo el brazo.

b. Es la soledad de la vejez, la que acompaña a la persona mayor que de pronto ha ido enterrando a sus seres queridos, a sus amigos, y ya le resta exclusivamente una soledad que le viene muy grande.

4. SCHOPENHAUER decía en *Aforismos y parábolas* que “no podemos contemplar el cadáver del hombre más común sin sentir veneración”.

5. Ver mi texto “El derecho a detenerse”, comentando la frase de Freud en “Simposio sobre el suicidio”. En MARTIN ADÚRIZ, F., (compilador), *Adolescencias por venir*, Gredos, Madrid, 2012.

Soledad *impuesta* por el desarraigo. También por el exilio, el sujeto exiliado puede ser desconocido en la gran ciudad, un solitario perdido de sus referencias, de su imposibilidad de identificarse con lo auténticamente extraño que puede tornarse angustiante, aunque se familiarice con el nuevo lugar aparece lo *Unheimlich*, concepto freudiano que quiere decir “lo familiar en lo extraño”, a partir de una nota de Schelling: “todo lo que estando destinado a permanecer en secreto, en lo oculto, ha salido a la luz”⁶. Lacan lo nombra como “este huésped desconocido que aparece en forma inopinada”⁷.

Su contracara sería la posición de “quien no se siente extranjero en ningún lugar”, pues sabe introducirse en el marco del cuadro que mira, sabe encontrar el latido de lo humano y reconocerse, no extrañarse. Recordemos que muchos no pueden alejarse de su patria chica, de su ciudad natal. Pero la patria es la infancia (Rilke), por eso “todos deberíamos llevar en la cartera una foto de cuando fuimos niños” (Trapiello).

5. SOLEDAD BUSCADA

La soledad buscada alivia.

«Salgo a la calle a renovar mi apetito de soledad», decía Lord Byron.

Buscar la soledad no es lo mismo que estar solos por abandono, o por el momento histórico que vivimos, donde algo nos falta de los otros, del calor de los otros. (con matices, puesto que es muy cierto lo que me enseñó una adolescente en abril de 2020, cuando se vislumbraba el final del confinamiento más estricto: “los chicos dicen que qué ganas de vernos, pero luego cuando salimos cada uno está con su pantalla y no nos hacen caso”). Es cierto también que hay el reclamo de los abrazos procedente incluso de quienes habitualmente los rechazan, no sólo los obsesivos del tabú de contacto.

6. Ver FREUD, S., “Lo siniestro” (1919), en *Obras completas*, T. VII, Biblioteca Nueva, Madrid, 1974, p. 2487.

7. Ver LACAN, J., Seminario X, La angustia, Paidós, Barcelona, 2006, p. 86.

A este respecto recordemos la paradoja de Schopenhauer, de la que se hace eco Freud en “Psicología de las masas”⁸: «En un crudo día invernal, los puerco espines de una manada se apretaron unos contra otros para prestarse mutuo calor. Pero al hacerlo así se hirieron recíprocamente con sus púas y hubieron de separarse. Obligados de nuevo a juntarse por el frío, volvieron a pincharse y a distanciarse. Estas alternativas de aproximación y alejamiento duraron hasta que les fue dado hallar una distancia media en la que ambos males resultaban mitigados».

Es una evocación a la política de las distancias, de la actual distancia social, ni muy cerca, pero ni muy lejos. Incluso aquí entraría la referencia a la necesidad absoluta del secreto, como una conquista de la civilización, el secreto hasta en el interior de la pareja, conquista que hay que defender con firmeza. El derecho al secreto.

Es la soledad inventada para un fin. La invención de la soledad. Cómo buscar la soledad habitable. En el mismo ejemplo de los modos de habitar una casa, diferente de vivir en una casa (HEIDEGGER). Una soledad que no sea sobrevivir, ni vivir, sino habitar.

Una soledad que no expulse al Otro, que no deje de hacer lazo social y cultural.

Pero a la vez que permita el despliegue de la verdad de nuestro ser solos, de nuestra falta-en-ser, de nuestro sabernos mortales.

8. Y continúa muy interesante a efectos de una soledad impuesta por los próximos: “Conforme al testimonio del psicoanálisis, casi todas las relaciones afectivas íntimas de alguna duración entre dos personas –el matrimonio, la amistad, el amor paterno y el filial– dejan un depósito de sentimientos hostiles, que precisa, para escapar de la percepción, del proceso de la represión. Este fenómeno se nos muestra más claramente cuando vemos a dos asociados pelearse de continuo o al subordinado murmurar sin cesar contra su superior. El mismo hecho se produce cuando los hombres se reúnen para formar conjuntos más amplios. Siempre que dos familias se unen por un matrimonio, cada una de ellas se considera mejor y más distinguida que la otra. Dos ciudades vecinas serán siempre rivales, y el más insignificante cantón mirará con desprecio a los cantones limítrofes. Los grupos étnicos afines se repelen recíprocamente; el alemán del Sur no puede aguantar al del Norte; el inglés habla despectivamente del escocés, y el español desprecia al portugués. La aversión se hace más difícil de dominar cuanto mayores son las diferencias, y, de este modo, hemos cesado ya de extrañar la que los galos experimentan por los germanos, los arios por los semitas y los blancos por los hombres de color”. Ver FREUD, S., “Psicología de las masas y análisis del yo” (1921). *Obras completas, T. VIII*, Biblioteca Nueva, Madrid, 1974.

6. AISLAMIENTO Y HABITABLE SOLEDAD

Aislarse no es vivir una soledad habitable. Sabemos que *para evitar la soledad* hay una mala operación consistente en guarecerse con el aislamiento.

Se encuentra una raíz en Hegel.

El Aislamiento solitario encuentra dos momentos estudiados por Hegel en *La Fenomenología del espíritu*⁹:

1. **Placer contra necesidad.** El individualismo de goce, que aísla del resto. Se ve en la toxicidad: Se ve en la ludopatía (recuerdo a un joven que recurría a la máquina tragaperras con quien hablaba, y era su auténtico Otro); se ve en las actividades de aquel que “va a su rollo”.

2. **Ley del corazón.** Lo que el individuo anhela frente a la ley común: la unión de ley y sentido romántico. Se busca una idea de común pero congruente con el propio goce a quien se trata de exportar a los otros: goza como yo, todos debieran gozar como yo, sería el postulado. Lacan ve «la fórmula general de la locura en una detención del ser en una identificación ideal». Se quiebra el lazo social, se desvincula el sujeto de los otros, pues no siguen sus ideales postulados, de religión, de política, de ética...se desengancha del Otro.

Frente al aislamiento solitario tenemos la propuesta de María Zambrano¹⁰: escribir para defender la soledad en que se está; una escritura que sería entonces un aislamiento comunicable.

7. ANSIEDAD Y CONFINAMIENTO

La ausencia de control, de decisión sobre las acciones cotidianas, ha entrado con el confinamiento por la puerta. Ese no tener el control es el auténtico virus de la epidemia de ansiedad. Se está al arbitrio del Otro. Eso genera una incertidumbre acerca de cuál son sus auténticos propósitos, cuál es el *Deseo del Otro*. Recordemos que es la base de la ansiedad. La angustia se desata en el momento en que desconocemos por dónde se va a pronunciar ese *Deseo del Otro*, qué es lo que me va a hacer, qué es lo que quiere de mí cuando estoy a su arbitrio.

9. HEGEL, G., W., F., (1807), *Fenomenología del espíritu*, Península, Barcelona, 2001.

10. Ver ZAMBRANO, M., (1934), *Hacia un saber sobre el alma*, Alianza, Madrid, 1989.

En este sentido un capítulo especial y actual lo constituye el papel de los bulos. Tiene un claro interés de uso para las propias publicaciones, pero tienen como componente esencial el de angustiar ante las incertidumbres del futuro.

Hay un trabajo de Slavoj Žižek¹¹ donde habla de cinco fases de la pandemia, *negación, cólera, negociación, depresión, aceptación*. Lo obtiene del trabajo sobre la muerte de Kübler-ross (*La muerte y los moribundos*), donde ella establece eso en relación a la muerte. Se puede ver en las catástrofes, digital o ecológica, o en el medioevo ante las plagas.

En un primer momento la reacción de algunos fue desdramatizar lo que estaba por suceder. *No alarmar a la población* sería el objetivo amable, pero a los pocos días se pasó al estado de alarma. Todos nos alarmamos. Y se comenzó un proceso de desconfianza en las intenciones y en las prácticas de las burocracias estatales, maquinaria lenta y angustiante.

Pondré el ejemplo de la red de atención psicológica gratuita que lanzamos en una lista en España varios psicólogos que no nos conocíamos, el día 13 de marzo de 2020 en la red social twitter. La respuesta de mucha gente fue abrumadora para muchos de nosotros. Pero la maquinaria estatal comenzó a lanzar ayudas de ese tipo a finales de ese mes! Muy tarde, como siempre. El aparato burocrático con ingentes cantidades de medios llega una vez más tarde, como llegaron tarde una vez más los colegios profesionales de médicos y de psicólogos. Cuando algunos ya atendíamos a las primeras personas angustiadas por ese confinamiento, por esa incertidumbre, usando de la rapidez de las nuevas tecnologías, y atendiendo a todos nuestros pacientes on-line, evitando los riesgos sanitarios, pero a la vez sin dejar de seguir atentamente reacciones muy bizarras, y mucho sufrimiento ante lo incierto que empezaba a aparecer.

Un fenómeno social fue el acopio de alimentos, y el acopio de papel higiénico, es decir un dominio sobre los restos, y una seguridad sobre la satisfacción de la pulsión oral.

Una posible ola de nuevos nacimientos, el baby-pandemia, parece descartado. No era el apagón de Nueva York, al menos en España.

11. Ver ŽIŽEK, S., (2020), *Pandemia. La Covid-19 estremece al mundo*, Nuevos Cuadernos Anagrama, Barcelona, 2020.

Otra consecuencia: para el loco, (según el testimonio que escuché a psicólogos y psiquiatras que trabajan en hospitales psiquiátricos), fue su estabilización en los establecimientos psiquiátricos en un primer momento, ante el efecto angustiante de los sanitarios que los cuidan.

Para el suspicaz y el paranoico, todo no era sino apunta a un plan oculto y secreto para ser gozados, en manos del Otro estatal, que prueba, que experimenta con las poblaciones. Giorgio Agamben, el filósofo italiano, ha insistido por ejemplo en que las autoridades y los medios de comunicación buscan crear el pánico, y crear estados de excepción, acentuando «la creciente tendencia a utilizar el estado de excepción como paradigma del gobierno normal»¹².

A Unamuno le confinaron en una Isla. Tengo una especial pregunta por esa atracción de las islas. Mis mejores recuerdos provienen de islas. Fui monitor de campamentos de joven en una isla que recorríamos a pie haciendo una ruta megalítica, era, paradójicamente, un campamento internacional; mi luna de miel fue en una isla portuguesa; los mejores viajes han sido a islas; sueño con volver siempre a Ons; recuerdo maravillosamente una ponencia en el Campo Freudiano en la isla de Cuba; mi segunda residencia está en una isla gallega... allí los isleños dicen “isleños somos y siempre lo seremos”, hay un empuje generalizado a la belleza de una isla, a ese aislamiento, donde se esperan las mejores cosas, en especial huir de la mirada del Otro.

Pero las mejores cosas nos conducen a los otros, al lazo social, nunca al aislamiento.

8. MASCOTAS Y SOLEDAD. Y NIÑOS

En el modo de dirigirse a los niños, en su ausencia en España de ese discurso pensado para ellos, (sí que le hubo por parte de Angela Merkel en Alemania, y por parte de la presidenta noruega, que se dirigieron a los niños, como sujetos), daba cuenta de lo poco que importan al Otro político, pues el voto de un niño, como voto lejano, no preocupa.

Las autoridades se dirigieron, pensaron, reglamentaron el paseo con perros y mascotas, un nuevo factor de la política, en tanto las mascotas son elogiadas,

12. Ver ŽIŽEK, S., (2020), *Pandemia. La Covid-19 estremece al mundo*, Nuevos Cuadernos Anagrama, Barcelona, 2020. pág., 78.

mimadas, atendidas con un fervor mayoritario y universalizante en las sociedades modernas. Y sus dueños, votantes de hoy.

Una mascota representa ese objeto que tapona el agujero de la falta-en-ser, que ahuyenta el diablo de la soledad. Y sobre todo que vivifica, frente a la monotonía rutinaria mortal, por su repetición, de los días del confinamiento a los ausentes de una vida interior rica.

Un niño no es una mascota, no viene “para disfrutar de él”. Es un enigma el gesto generoso, el intento de continuar la vida, nuestra vida a través de sus ojos, del “olvido que seremos” que así parece atenuado con la presencia futura de nuestros hijos.

9. UNA SOLEDAD FECUNDA

Sería el objetivo de un análisis. Esa soledad que no excluya al Otro, que salga del fantasma de goce repetido constantemente. Una soledad que no expulse a los otros, vía operación obsesiva, psicótica, histórica...

En medio de la pandemia, en el peor momento del confinamiento, un estruendoso silencio, como en el toque de queda se adueñó de las ciudades. Ese silencio fue el que promovimos desde algunas instituciones como el Ateneo de Palencia, o el SCF, luchando frente a quienes nos empujaban a hacer, a hacer algo. Optamos por el silencio. Que es la vía de un beneficio doble, el favor propio, aquel que permite escuchar la voz interior, y el favor al prójimo, *puesto que al callar nos ofrecemos sin lenguaje, sin injerencia*¹³.

También evocamos a Azaña que reclamaba el silencio¹⁴ para que hablaran sólo los que entendieran de lo que se iba a hablar, un decir que obligaría al resto a escuchar, o a aprovechar para estudiar.

La soledad fecunda es entonces ***la que aprovecha del silencio para vivir la propia soledad***, tanto como para escuchar con interés y en profundidad no únicamente lo que el de al lado dice, sino lo que calla.

13. Ver ANDRÉS, R., (2010), *No sufrir compañía. Escritos místicos sobre el silencio*, Acantilado, Barcelona, 2020, pág. 15.

14. MANUEL AZAÑA: “Si cada español hablara sólo de lo que sabe, en España se haría un gran silencio nacional, que podría aprovecharse para estudiar”.

No es un silencio el que propongo basado en Wittgenstein, como un silencio de lo no dicho o imposible de decir, ni en Spinoza un mandato del alma, sino en la forma del decir tanto de Kierkegaard que ve en el silencio el más fiel de nuestros confidentes, como en Heidegger que ve el silencio como ese camino fronterizo que va entre una vida interior y una vida exterior.

Malasaña, 19 de marzo de 2021.

Ataduras silenciosas

Ángela González.

Psicóloga y psicoanalista de la Asociación Mundial de psicoanálisis.

Conferencia organizada por la Sección de Ciencias de la Salud del Ateneo de Jerez de la Frontera, dentro del ciclo Mujeres, Salud y Pandemia. 15 de abril de 2021.

Ángela González.

“El goce es fácil al esclavo y dejará al esclavo en servidumbre.”¹

Jacques Lacan

“Hay palabras que nos son desconocidas,
mientras que las específicas las conocemos ya;
pero lo que principalmente consigue darnos (alguna enseñanza
y mayor placer) es la metáfora”

(*Retórica*, 1410b10-13).

¿En qué consiste el placer de la metáfora?

Aristóteles dice que la metáfora hace que la mente

se experimente a sí misma².

Anne Carson

La pandemia en la que estamos inmersos, su extensión dilatada en el tiempo, y todos los terribles significantes con ella asociados, están revelando nuevas y viejas ataduras, silenciosas, para las mujeres. Cuando lo real, lo inaplazable se impone, cuando lo cotidiano se distorsiona, cuando el silencio es ensordecedor o el ruido de lo prosaico aturde, se necesita de

1. LACAN, J., “Subversión del sujeto y dialéctica del deseo”, en *Escritos II*, Siglo XXI, Buenos Aires, 2003.

2. CARSON, A., *Hombres en sus horas libres*, Pre-textos, Valencia, 2007.

la rápida respuesta, dar con la buena solución, cuestión que, en ocasiones, es verdaderamente dificultosa. Conversaremos en dos Ateneos, el de Jerez y el de Palencia en cuanto instituciones civiles que privilegian el uso de la palabra, el debate intelectual y la difusión de la cultura, acerca de aquello que ha traído la pandemia para ellas como mujeres, madres, profesionales; de cómo afrontan lo cotidiano cuando se presenta como una imagen distorsionada de lo que hasta entonces había sido *normal* en su vida. Y también de las respuestas que de esto emergen. Respuestas en muchos casos creativas, solidarias, sencillas, valientes.

De las cárceles que es más costoso escapar, se sabe que son aquellas que tienen las puertas abiertas. Étienne de la Boétie³ lo llamó servidumbre voluntaria para defender la idea de que toda servidumbre lo es, y procede únicamente del consentimiento de aquellos sobre quienes se ejerce el poder, aludiendo al enunciado de Séneca, en ese maravilloso ensayo que se llama *Sobre la brevedad de la vida, el ocio y la felicidad*⁴.

Muchas mujeres han dado cuenta de este fenómeno, que abarca diferentes facetas de sus vidas, como cuando han estado encerradas en un matrimonio del que, pudiendo salir, nunca lo hicieron, o del trabajo, como le sucediera a Clara Campoamor, otro lugar del que es difícil escapar.

3. DE LA BOÉTIE, É., *Discurso sobre la servidumbre voluntaria o el Contra uno*, Titivillus, 2019.

4. SÉNECA, L.A., *Sobre la brevedad de la vida, el ocio y la felicidad*, Acantilado, Barcelona, 2021. Aquí señala la expresión “servidumbre voluntaria”: “Por qué nos quejamos de la naturaleza? Ella se ha portado con generosidad; la vida, si sabes usarla, es larga. Pero a uno lo domina la insaciable avaricia, a otro, el afán de ocuparse en placeres superfluos; uno se impregna de vino, otro se adormece en la inacción; uno se fatiga con la ambición, siempre pendiente de los juicios ajenos, otro, metido de cabeza en la pasión de comerciar, recorre todas las tierras y mares a la redonda con la esperanza de lucro; a algunos los atormenta la pasión de la milicia, siempre pendientes de los peligros ajenos o ansiosos por los suyos; hay a quienes consume, en servidumbre voluntaria, el culto ingrato a los superiores; a muchos les absorbe el sentimiento de la fortuna ajena o la queja por la propia; a la mayoría, que no persigue nada determinado, la ligereza vaga, inconstante e insatisfecha de sí misma la precipita nuevos planes; a algunos nada les gusta como meta, pero abrazan en el destino del imputado indolente, de modo que no dudo de la verdad de la aseveración, dicha a modo de oráculo, del máximo de los poetas ‘es exigua la parte de vida que vivimos’ en verdad, todo espacio restante no es vida, si no tiempo”.

Esto constituye una repetición en la vida de muchas mujeres, goce cual *un acontecimiento del cuerpo*, que se manifiesta como constante, dañino, duradero e inútil. Algo que viene de lo real, que llamamos síntoma, metáfora de malestares latentes, que insiste para el sujeto bajo una fórmula de recreación de lo más ingrato. Un síntoma, efecto del lenguaje, y que por tanto puede leerse, puede escribirse, y a causa de ello también es algo de lo que nos podemos desprender. Pueden proceder las mujeres al bien decir, a sabiendas de que no se puede decir todo, tomando en cuenta que, es mejor no comprender, sino transitar de un modo más amable, más humano por los avatares de la vida.

En general, es complicado huir del propio goce, de las cadenas irreductibles que nos atan a eso, que no es placer, sino infierno; el goce es eso *que no sirve para nada* como señaló Jacques Lacan⁵ y que, sin embargo, dirige y comanda la vida de las personas. Aquellos que transitan por los senderos de un psicoanálisis suelen quedar advertidos de ese su goce inconsciente, que ha determinado sus elecciones en la vida, y cuya reducción abre las más limpias posibilidades de una vida más vivible y menos esclava.

Es el goce entonces una ligadura silenciosa. La ligadura no es la elección de pareja, no lo es el trabajo, el dinero, el sexo, el juego, un hijo, o la soledad; todas ellas son figuras que dan forma a ese nuestro auténtico partenaire esencial, nuestro partenaire de goce, cuya atadura silenciosa impide soltarnos, separarnos. Se trata entonces de producir algo del orden del apartarse, algo que produzca una reducción, que haga nacer un silencio diferente, que introduzca al modo de la vasija de Heidegger, un menos, para que poder llenarlo de algo nuevo sea posible. Tenemos una posibilidad cierta si operamos primero produciendo un vacío allí donde no hay sino completitud.

El 14 de mayo de este año, dentro de unos días, el Ateneo de Madrid, constituido en 1820, celebrará sus doscientos años de existencia. Un importante aniversario, sin duda. Bajo la influencia de esta primera institución se fueron extendiendo por España numerosos Ateneos cuyo lazo común se articulaba en torno a la libertad de palabra y a la constante conversación

5. LACAN, J., *Aún*, Paidós, Buenos Aires 2010.

entre sus socios. Así, en 1876 se funda el Ateneo de Palencia, con la intención de *agitar la vida intelectual* de la ciudad. En 1897 nacerá también, *para la difusión de la cultura*, el Ateneo de Jerez. Hoy nos encontramos a la vez en ambos Ateneos, el de Palencia y el de Jerez de la Frontera, modelo de reunión impensable hace un año cuando estuve en el Ateneo de Jerez en la conferencia que diera Aduriz, donde quedé impresionada de esa sala a rebosar y ese interés por la cultura.

Hoy, este estupendo modelo vanguardista que ha llegado con la pandemia es una realidad que espero no se vaya ya nunca, y se fortalezcan las ataduras entre los ateneos de toda España. Las mujeres ganaremos visibilidad. De hecho, pese a haber trabajado mucho para la consolidación del de Palencia, pese a haber participado en una Mesa redonda en el Ateneo de Madrid hablando de “Mujeres y consentimiento”, nunca di una conferencia en solitario en un Ateneo hasta hoy, merced a Zoom, y a Carmen Campos quien con su deseo decidido y el de sus compañeros ateneístas, ha hecho posible este encuentro. Me encuentro muy a gusto formando parte de la serie invisible de esas mujeres ateneístas pioneras, también presas de la novedad que rompía las ataduras silenciosas de su época.

Los Ateneos, aún a pesar del rígido marco socio político de la época en la que fueron viendo la luz, y no pocas vicisitudes, fueron otorgando lentamente la condición de socia y el uso de la palabra a las mujeres de la época, que de ese modo obtuvieron un reconocimiento necesario, ese que aún no habían conseguido en el ámbito de los derechos y libertades sociales.

Una ateneísta muy especial fue Clara Campoamor. Pues bien, su atadura silenciosa es paralela a su propia vida. Clara Campoamor muere a los dos años de vida. La historia está contada en un libro del que escribí el epílogo, y que verá la luz desde la andaluza editorial Miguel Gómez, cuya autoría es de mi compañero y colega Fernando M. Aduriz y que se va a titular, *Por qué se escribe*⁶. Ella nace llamándose Carmen Eulalia Campoamor, pero al morir su hermana Clara, los padres, seguramente para tramitar su pena, deciden cambiarle el nombre a Carmen y pasan a llamarla Clara. Este detalle, esta atadura silenciosa determinará su vida, según Aduriz, pues toda su vida

6. MARTÍN ADÚRIZ, F., *Por qué se escribe. Cincuenta escritores*. Miguel Gómez, Málaga 2021. (En imprenta).

hubo de trabajar el doble. Con su apellido Campoamor (nuestros apellidos, sin que lo sepamos, hacen un trabajo de atadura silenciosa en cada uno de nosotros), escribe *Del amor y otras pasiones*. “Clara-Carmen” conseguirá el voto para las mujeres, las muertas y las que aún no habían nacido, y hubo de oponerse para conseguir ese hito histórico a otras mujeres ateneístas, como la abogada Victoria Kent, pues ésta pensaba que permitir el voto femenino daría el poder a las derechas. El esfuerzo de Campoamor fue ejemplar y extenuante, como el de tantas y tantas mujeres silenciosas que nos rodean. Ella misma lo dijo así: “Mi vida puede expresarse con una sola palabra: trabajo”. Esto mismo podríamos decir de muchas de nuestras madres. La mía, Ciri, dedicó toda su vida a servir a su familia, y a ayudar silenciosamente a los demás con una bondad ejemplar.

Otra ateneísta muy especial fue María Zambrano. La autora de *Claros del bosque*, opinaba que no todo puede ser dicho. Esa es una atadura que no siempre se respeta. Pero ¿que sería de nuestra convivencia si dijéramos todo lo que pensamos? Uno de los mejores inventos de la civilización es el secreto. El sociólogo Simmel decía que el secreto era una de las grandes conquistas de la humanidad. Y Michel Foucault argumentaba que podría ser más difícil destapar el secreto que el inconsciente. Me he dejado enseñar como psicoanalista que, al comenzar a escuchar el relato de la vida a una mujer, nos espera un discurso repleto de cajones secretos que tendré que ir abriendo paso a paso, si no queremos que queden cerrados para siempre. Por ello, María Zambrano, poeta del vacío, la intelectual de inteligencia portentosa, decía que «Hay cosas que no pueden decirse. Esto que no puede decirse, es lo que se tiene que escribir.» Ocorre que sabemos también con Rousseau, que se puede escribir para esconderse.

Estamos en medio de una pandemia que encerrará mucho de nuestro secreto vivir. ¿Cómo hemos abordado este peculiar momento?

Por razones sanitarias vivimos en un escondrijo, confinadas en nuestras casas, forzadas a vivir en el pequeño reducto del hogar y no parar de trabajar y trabajar. Es el relato persistente de las mujeres estos meses.

También escuchamos la sensación de pérdida. *Quién me ha robado el mes de abril*, cantábamos en su momento. Mujeres que hablan de que han perdido su intimidad. Mujeres que se han convertido en maestras suplentes

de sus hijos. Mujeres que han dedicado sus horas a horas extras en el hogar, ese espacio que, si se quiere que sea algo más que un lugar para vivir, y que sea un lugar habitable, necesita de una presencia poética tanto de los objetos como de su estética y de su hablarnos histórico. Sobrevivir y vivir es posible en cualquier lugar, pero habitar una casa es otra cosa. Comprobamos que o la mujer se ocupa de recordarlo o las casas se llenan de vacío. Un vacío asfixiante, una atadura imposible de sobrellevar. Falta el aire, y si se busca una solución en el campo, en el jardín, en la naturaleza es porque no se ha podido usar de la magia de la poesía en el mínimo reducto, y eso por muy pequeño que sea el lar.

Mujeres que han atendido y cuidado a los mayores, como siempre hicieran, y que también han pasado en algunos casos por el horror de no poder asistir y acompañar en la muerte a sus seres más cercanos, que murieron solos. Eso se ha puesto mucho de manifiesto, pero conviene recordar que todos morimos solos. Una vez fallecidos, también hemos escuchado que no pudieron despedirse. Ocurre que esa asignatura, la despedida, es una asignatura difícil de aprobar, puesto que no existe la fórmula universal para despedirse de un ser querido. Falta serenidad, y sobra emoción. Pero deberíamos poder poner palabras y conversar en los momentos finales, unos y otros. Y aceptar también que asumir nuestra existencia mortal supone “darse por despedidos en el vivir cotidiano”, saber que la buena despedida es el obrar limpio de cada jornada.

Muchas mujeres también teletrabajan. Esto trae otra pérdida, la falta del corte, de lapso de interrupción, del descanso que se opera en el simple paseo. El trabajo presencial permite desconectar del trabajo doméstico. Esa pérdida quizá sea compensada con el agotador desplazamiento de cada día en el transporte rutinario.

Otras mujeres han acudido cada día a realizar su trabajo en condiciones extremas, como las mujeres sanitarias. Recordemos que siete de cada diez sanitarios son mujeres. Todas aquellas que trabajan en actividades esenciales, han pasado por el horror de llegar a sus hogares, extenuadas, con temor de abrazar a sus hijos hasta no poderlo hacer en condiciones seguras, temiendo llevar lo peor a sus hogares. Miedo, es la palabra que describe tantas y tantas escenas cotidianas del último año en el día a día de

muchísimas mujeres. También aquellas que han pasado este tiempo en absoluta soledad, aisladas, y que han tenido que poner a prueba sus recursos simbólicos, para aprender a vivir de otro modo, para no enloquecer, según su decir.

El maltrato a las mujeres no cesa. Las cifras, abrumadoras, indican un aumento significativo de violencia en el ámbito de la familia a mujeres y niñas, violación flagrante de los derechos humanos. Un sufrimiento silencioso que no acaba, que no da respiro, que en ocasiones se torna inefable.

La salud de las mujeres también se ha visto gravemente afectada por la pandemia de la Covid-19, un real que se impuso para todos, comanda nuestros días, limita nuestras libertades, inquieta, angustia, se torna plomizo e insoportable. Ya sabemos de los retrasos significativos en diagnóstico y control de algunas enfermedades graves, en las que la planificación y prevención simplemente se han esfumado.

Nuestras silenciosas ataduras hablan por sí solas. Son elocuentes en la historia de las mujeres. Es un silencio de siglos, un silencio congelado. He comprobado que mi encuentro con un psicoanalista me ha dado la gran lección de saber escuchar, lo que no me enseñaron en ninguna Universidad. Es una experiencia basada en aceptar perder presencia, aceptar borrarse de la escena, aceptar no comprender, aceptar leer lo que se calla, aceptar perder el poder, renunciar al poder pedagógico, espiritual, médico, de los nuevos entrenadores psicológicos, y sencillamente escuchar ese silencio, y esas ataduras que nos impiden salir de las cárceles de puertas abiertas.

El goce es una confortable cárcel aparentemente. Además, no es dialéctico el goce. Jacques Lacan lo describe constantemente como permanente, estancado e inerte. Es una atadura invisible y silenciosa, algo pegado a nuestro lado. El goce no da placer, como sabemos muy bien quienes escuchamos a adictos. Produce hartazgo.

Y qué decir del goce en dejarse maltratar, en consentir ser maltratada. ¿Resta cárcel al maltratador? Por supuesto que no. Pero no resuelve la pregunta de por qué tantas y tantas mujeres se atan a un hombre maltratador. Escucho a mujeres sorprendidas de sí mismas, cuando pasan de la queja a la interrogación.

Esa atadura silenciosa no es cierta que se mantenga en el tiempo debido a causas económicas, o de otro cariz, puesto que tenemos el ejemplo de numerosas mujeres que, pese a todo, han logrado desasirse de hombres maltratadores. A veces ese silencio es estruendoso, elocuente, sonoro. Un silencio que habla por sí solo en el rostro, en la no sonrisa, en la amargura de la vida.

Quiero traerles en este momento un recorte del testimonio de una joven mujer sanitaria. Y ateneísta. Lo expuso en el Ateneo de Palencia en octubre pasado. Su texto lo nombró “En primera línea”. Decía así:

“...y un miedo y silencio a la par. Jamás podré olvidar la mirada perdida de esos pacientes, su soledad, la espera a los resultados de unas pruebas que les iban a confirmar lo que ellos ya sabían pero que no podían ni imaginar. Ese pasillo construido en horas, frío, largo, que comunicaba nuestro lugar de trabajo, con el ascensor que los llevaría a una habitación de una planta en el mejor de los casos. Saludar a una abuelita, que esperaba mientras nos daban sus datos, sonreírle, decirle que ojos más bonitos tiene, porque los tenía, contestarte gracias y fallecer.

Sacar pacientes muertos de las ambulancias, porque no les daba tiempo a llegar al hospital, no llegaban. Vivir esto cada día, llegar a casa y que tus hijos vayan a recibirte corriendo, con una alegría, pero se paran en seco porque saben que antes de darnos besos, me tengo que duchar y lavar la ropa con la que voy y vengo del hospital.

Como bien me comprendió mi marido, son como dos mundos, el de la vida alegre y el que transcurre al otro lado del espejo. El de una ciudad con un barrio rico y otro barrio tremendamente pobre, igualmente de reales los dos”.

Ese era el tono del texto de Irene, que nos hizo llorar y comprender lo que las mujeres sanitarias estaban viviendo en primera línea.

Del mismo modo que los Ateneos dieron la palabra a las mujeres, también a finales del siglo XIX, Sigmund Freud nos dio otro tipo de palabra. Permitted hablar a las mujeres, muchas de ellas asoladas en ese momento por una epidemia de incompreensión de sus malestares. Hay una particular relación entre grito y silencio cuando de mujeres se trata. Sabemos, gracias a Freud, que aquello que se reprime en silencio retorna en el cuerpo, en forma de síntoma sonoro, parlanchín y molesto. Él lo supo ver. Y gracias a él, hoy, puedo hablarles en estos dos Ateneos juntos, merced a la inteligencia de estas Plataformas de nueva comunicación. Este Zoom que nos ha permitido sobrellevar la dureza de la vida durante la pandemia. A veces, parece incomprensible que se hable mal de estas herramientas tecnológicas,

cuando no es más que un invento del ser que habla, tan extraordinario como lo ha sido el teléfono inteligente para sobrellevar la dureza de la vida en situaciones de crisis.

Las soluciones que las mujeres hemos ido encontrando son tan originales como los síntomas que las convocan, me gusta como lo nombra Anne Carson, una mujer escritora y poeta, con estas palabras:

“Mi actitud es que, por muy dura que sea la vida, lo que importa es hacer algo interesante con ella. Y esto tiene mucho que ver con el mundo físico, con mirar las cosas, la nieve y la luz, y el olor de la puerta, y todo aquello que constituye a cada instante tu existencia fenoménica. Qué gran consuelo... saber que estas cosas persisten en su ser y que puedes pensar sobre ellas y hacer algo con ellas en la página”⁷.

Palencia, 15 de abril de 2021.

7. CARSON, A., *Hombres en sus horas libres*. Pre-textos, Valencia, 2007.

A propósito de la pandemia de la covid-19: pensando en la mujer y en la salud mental desde el contexto

Begoña Olabarria

Psicóloga clínica

Psicoterapeuta sistémica

Madrid

Conferencia en el Ateneo de Granada el 14 de enero de 2021

Más allá de las cifras epidemiológicas, los clínicos de Salud Mental estamos obligados a pensar las ansiedades, las angustias, que colectivamente viven los ciudadanos y específicamente los trabajadores de ayuda a otros seres humanos, particularmente los sanitarios, y hacerlo en lo posible atendiendo al marco contextual y la complejidad que contiene.

En esta experiencia colectiva de oscuridad de la crisis, me importa situarme explícitamente en línea con la vieja propuesta de Basaglia (“hacer algo con la oscuridad, abrir una brecha en la locura”): Pensar la oscuridad de esta crisis para abrir brechas en ella.

El virus está trayendo una nueva crisis planetaria a la crisis planetaria de la humanidad en la era de la globalización. Una crisis que revela, una vez más, nuestra interdependencia. Una interdependencia tal que obliga a pensar en los ejes de la respuesta, que a mi juicio han de ser pensados en torno a la solidaridad y a la respuesta planetaria. Una perspectiva nueva en su operativización global.

La pandemia de la Covid-19 surgió muy lejos, en un lugar “desconocido” de China. Inmediatamente llegaron los mensajes de las mentes compartimentadas y nos tranquilizaron: este virus no llegará a nuestro país, no llegará a Europa o lo hará de manera simple y menor...

Pero el virus viaja, toma el camino, el barco, el avión, va de la risa, del grito o de la tos a la saliva de otro. Penetra con sigilo, se extiende por toda Europa y por todo el mundo. Se declara la alerta de pandemia país a país por toda la Tierra.

Pero esta complejidad sigue siendo considerada y tratada en cuestiones y sectores separados en todas partes. La ONU no ha propuesto (al menos aún) una gran alianza planetaria de todos los estados. Cada estado cierra su nación sobre sí misma. ¿Pagaremos en víctimas adicionales el fragmentado conocimiento y acciones dominantes?

Sin embargo, el virus nos revela lo que estaba oculto en las mentes compartimentadas que se formaron en nuestros sistemas educativos, mentes dominantes entre las elites tecno-económicas-financieras: la complejidad de nuestro mundo humano en la interdependencia e intersolidaridad de la salud, lo económico, lo social, de todo lo humano y planetario. Esta interdependencia se manifiesta en innumerables interacciones y retroalimentaciones entre los diversos componentes de las sociedades y los individuos. Así pues, la perturbación socio-económica-geoestratégica causada por la epidemia fomenta su propagación.

La pandemia nos dice entonces que esta interdependencia debe dar lugar a la respuesta colectiva de la solidaridad humana en la conciencia de nuestro destino común. El virus nos revela lo que ha llamado Edgard Morin la “ecología de la acción”: la acción no obedece necesariamente a la intención, puede ser desviada, desviada de su motivación, con cálculo o sin él. Esto es lo que el profesor Eric Caumes de la Pitié-Salpêtrière predice: “Al final, son las reacciones políticas a este virus emergente las que conducirán a una crisis económica mundial... con un beneficio ecológico”. Una paradoja de la complejidad: el mal económico podría generar una mejora ecológica. ¿A qué coste?

El problema principal es obviamente la salud. Los servicios sanitarios de Atención Primaria y hospitalaria, víctimas de ahorros sin sentido, están abrumados. Las declaraciones de los médicos resultan con frecuencia contradictorias, algunas advierten de un gran peligro, otras tranquilizan sobre la baja tasa de mortalidad.

Las autoridades públicas están adoptando medidas de protección que sólo pueden aislar parcialmente a los enfermos o a los sanos en peligro y al

tiempo se ponen en marcha grandes planes de vacunación nunca antes realizados en estas dimensiones que requieren definir prioridades, etapas y diseños logísticos de gran envergadura, como destaca P. Sabando, y con un ritmo a considerar: De hecho, al ritmo actual, en España (con sus diferencias por Comunidades Autónomas) el tiempo global del Plan de Vacunación, será de entre cuatro y siete años.

Las medidas preventivas adoptadas en todo el mundo están afectando a las escuelas, las reuniones, frenando la producción y el comercio, inmovilizando los buques de carga y de pasajeros, limitando los viajes internacionales, bloqueando los productos de exportación, reduciendo el consumo de combustible, desencadenando una crisis entre los países productores de petróleo, provocando caídas en el mercado de valores y empezando a provocar una crisis económica en una economía mundial ya desregulada.

Autor de la *Teoría del pensamiento complejo*, en *Cambiamos de vía*, Edgar Morin extrae lecciones de la crisis que vivimos y del inimaginable confinamiento de más de la mitad del planeta. Desde su visión filosófica deja en su texto, una secuela de consideraciones sobre la existencia, la condición humana, la incertidumbre de nuestras vidas. También sobre nuestra relación con la muerte, nuestra civilización, el despertar de la solidaridad y la desigualdad social en el encierro.

También advierte sobre la diversidad de situaciones y el manejo de la epidemia en el mundo, la ciencia y la medicina. Así como la falta de un pensamiento y acción política pertinentes o acordes con el conocimiento complejo, la crisis en Europa, la crisis global: “Es evidente que la historia ha conocido muchas pandemias. Pero la novedad de la COVID-19 es que ha provocado una policrisis mundial de componentes, interacciones e incertidumbres múltiples e interrelacionadas”, apunta.

Nos enfrentamos a nuevas perspectivas: grandes incertidumbres y un futuro impredecible. Y la humanidad actual, que vive en un flujo de tensiones, no se ha preparado. “Es hora de que *cambiamos de vía* por la protección del planeta y una humanización de la sociedad”.

Resulta difícil saber qué pasará después de la pandemia, pero algunos elementos en lucha podemos verlos ya: ¿después del confinamiento, las conductas e ideas innovadoras se mantendrán con su impulso, o “el orden”

que es preciso modificar se restablecerá después de la sacudida? Crisis de la democracia, triunfo de la corrupción y la demagogia, regímenes neoautoritarios, iniciativas nacionalistas, supremacistas, xenóforas, racistas... Todas estas regresiones (y en el mejor de los escenarios, estancamiento) son probables. Precisamos poner en marcha de nuevo vía política/democrática-ecológica-económico/social guiada por una solidaridad regenerada: se multiplicarían las verdaderas reformas que no se limitan a reducciones presupuestarias, sino que son reformas de civilización, sociedad, vinculadas a las formas de la vida.

La ciudadanía ha de conocer y pensar sobre la existencia de las personas que han vivido y viven la pandemia en la escasez y la pobreza. De aquellos que no han podido acceder a lo superfluo.

Esta brutal pandemia cambió repentinamente nuestra relación con la muerte, el coronavirus provocó, junto a la irrupción de la muerte personal y “de los nuestros”, la muerte colectiva hasta entonces postergada para el futuro en lo inmediato de nuestras mentes: La presentación del número anónimo de fallecidos día por día y la desoladora acción de enterrar a los nuestros sin una despedida.

Pero la pandemia también ha traído la posibilidad de corregir errores, entre ellos el de la concepción del ser humano como todopoderoso, el que pensó de sí mismo que había dominado la naturaleza, tenía olvidadas las grandes epidemias de la Edad Media, incluso las graves crisis económicas arrasadoras. También ha despertado la solidaridad, que ilumina la diversidad de situaciones y desigualdades humanas, sobre las incertidumbres científicas.

Y así podemos ver, si no nos negamos a ello, que hoy debemos afrontar los nuevos desafíos del ser humano: El desafío de una globalización en crisis, existencial, político-democrático, digital, ecológica, económico-social. El peligro, si no afrontamos dichos desafíos, será una gran regresión intelectual, moral y democrática, no sólo económica.

Es una tragedia que el pensamiento fragmentario y reduccionista rija de manera suprema en nuestra civilización y prevalezca en las decisiones en materia política y económica. En mi opinión, las carencias de la forma de pensar, aunadas a la hegemonía incuestionable de una sed desenfrenada

de lucro, son responsables de innumerables desastres humanos. Desde luego los que ocurrieron a partir de febrero de 2020.

Los conocimientos se multiplican de una manera exponencial, de golpe, desbordan nuestra capacidad de asimilación, y sobre todo lanzan el desafío de la complejidad: cómo confrontar, seleccionar, organizar esos conocimientos de manera adecuada al momento de conectarlos e integrando la incertidumbre.

La cuarentena se vuelve más llevadera, a pesar de todo, si empiezas por tener claro que hay personas que no se pueden quedar en casa porque no tienen casa. Que hay muchas más que no pueden trabajar en casa porque su trabajo es forzosamente presencial y, además, si no trabajan hoy, no comen mañana. Las mujeres maltratadas conviven 24hs cada día con su agresor. La angustia colectiva, se tapa.

La excepcional y mortífera epidemia que vivimos puede dejar en nosotros la conciencia de que estamos siendo arrastrados al interior de la increíble aventura de la humanidad, y también de que vivimos en un mundo a la vez incierto y trágico. La creencia de que la libre concurrencia y el crecimiento económico son las panaceas sociales, atenúa la noción trágica de la historia humana que ahora se ha visto agravada. La epidemia mundial del virus ha desencadenado y agravado terriblemente una crisis sanitaria que ha provocado un confinamiento asfixiante de la economía, transformando un modo de vida extrovertido, volcado hacia el exterior, en uno introvertido, al interior de la casa, y ha puesto a la globalización en una crisis violenta. La globalización había creado una interdependencia sin solidaridad.

Las certezas de la poderosa civilización contemporánea parecen desmoronarse ante una crisis previsible causada por un organismo microscópico y surgen las preguntas a borbotones: ¿qué quedará en nosotros, los ciudadanos, y qué quedará en las autoridades públicas de la experiencia del confinamiento? ¿Tan sólo una parte? ¿cuál en ese caso? ¿o todo será olvidado, minimizado o incluso *folclorizado*? ¿La salida del confinamiento será el fin de la mega-crisis o su agravación? ¿Boom o depresión? ¿Enorme crisis económica? ¿Crisis alimentaria mundial? ¿Repunte de la globalización? ¿Despliegue de las huídas nacionalistas? ¿Tras la sacudida, el neoliberalismo retomará sus órdenes de compra? ¿Nuevo orden geoestratégico con surgimiento de nuevas potencias? ¿Las grandes naciones buscarán

imponerse más? Los conflictos armados, más o menos atenuados por la crisis, ¿se intensificarán? ¿Se impulsará un fondo internacional para la cooperación? ¿Habrá un progreso político, económico y social, como después de la Segunda Guerra Mundial? No se puede saber si, después del confinamiento, las conductas e ideas innovadoras se mantendrán con su impulso, revolucionarán la política y la economía, o *el orden* se restablecerá después de la sacudida. Podemos tener el gran temor de la regresión generalizada que ya se llevaba a cabo durante los primeros veinte años de este siglo (crisis de la democracia, triunfo de la corrupción y la demagogia, regímenes populistas neo-autoritarios, iniciativas nacionalistas, xenóforas, excluyentes). Todas estas regresiones (y en el mejor de los escenarios, estancamiento) son probables. Pero también caben las verdaderas reformas, que son reformas de civilización, de sociedad, vinculadas a las reformas de la vida. Una crisis sanitaria tan devastadora como la que vivimos, puede fortalecernos a los habitantes del nuevo siglo. Pero hay que ponerse a ello: Bill Gates, en una conferencia de abril del 2015, anunció que el peligro inmediato de la humanidad no era nuclear, sino sanitario. Él vio en la epidemia de ébola, que pudo ser dominada rápidamente, el anuncio de un posible virus cuyo alto poder de expansión pondría al mundo en riesgo, exhibiendo las medidas de prevención necesarias, incluyendo los servicios sanitarios adecuados. Pero como sabemos, a pesar de ese anuncio público, no se tomaron precauciones en ningún lugar del mundo, seguramente porque el confort intelectual y el hábito del orden establecido ven con horror los mensajes desagradables y, o no se hacen públicos, o se desoyen.

HABLANDO DE LA SALUD

El problema principal es obviamente la salud y ahora, necesariamente, la salud de todos. Sabemos que el contexto político, los factores sociales y económicos son *determinantes de la salud* de las poblaciones. De hecho, sabemos que la mortalidad de las clases trabajadoras es mayor en sectores de menor edad que en las altas. Pero fijémonos que ahora vivimos un contexto de búsqueda de deslegitimación de las instituciones, donde la estructura social ya no se mira en términos de clases sociales, pues parecen haber

desaparecido de los textos, de los análisis, de los estudios. Podemos observar que la identidad de clase parece asignarse (y asumirse identitariamente) simplemente en base a los ingresos.

Pero no cabe duda de que al menos en los países donde la Sanidad Pública es un derecho ciudadano que cuenta con un Sistema o Serv. Nal. de Salud, la atención a la pandemia obliga a poner la mirada en su organización, en sus valores –ligados o no a la igualdad y la equidad–, en sus servicios y prestaciones. Y vemos que los servicios sanitarios y hospitales, víctimas de ahorros sin sentido (y más y peor, con sentido de ganancias como “nicho de negocio” de capitales privados), están abrumados.

La vacuna acaba de llegar y aún pasará un tiempo antes de lograr la inmunidad colectiva. Supone la puesta en marcha –como antes iniciaba– de planes de Salud Pública de alcance temporal y con una planificación compleja que cuenta con vertientes logísticas, de distribución, económicas (atención a los precios de las vacunas establecidos por la industria farmacéutica, señala F. Lamata), de gestión sanitaria, de prestación sanitaria y su control, de recogida de datos, de recogida y estudio de incidencias, etc. Y el tiempo cronológico cuenta: Según Margarita del Val “se va a vacunar a los sanitarios de primera línea y a todas las personas de las residencias de ancianos. Pero ahí solo está alrededor del 3% de toda la población mayor de 65 años española. Si vamos a vacunar al 3% de aquí a Semana Santa, habrá pandemia para rato, salvo que Moderna fabrique muchas vacunas, Pfizer acelere la producción y además baje la demanda en el resto del mundo. Si no, esto irá con cuentagotas.”

Las autoridades públicas están adoptando medidas de protección que sólo pueden aislar parcialmente a los enfermos o a los sanos en peligro. Las medidas preventivas adoptadas de diferentes maneras en todo el mundo están afectando a las escuelas, las reuniones, frenando la producción y el comercio: una crisis económica en una economía mundial ya desregulada. Pero sobre estos aspectos hay datos, análisis, se escribe. Paremos un momento: Aquello de lo que se habla poco o nada, pero existe con peso propio, suele quedar “naturalizado”, invisibilizado, no visto. Y hay cuestiones que se refieren a esta pandemia que debemos seguir con atención. Me voy a referir a tres de ellas:

1. La singularidad o *sobrecarga* que el género determina en las mujeres.
2. El impacto en la SM.
3. Las ansiedades que vive la ciudadanía y su afrontamiento colectivo.

Mujer, sin estudios, cuidadora o que trabaja en limpieza. Así son los perfiles más acusados por el Covid-19, según se desprende de la cuarta ola del estudio de seroprevalencia ENE-COVID desarrollado por el Ministerio de Sanidad en colaboración con el Instituto de Salud Carlos III y el Centro Nacional de Epidemiología.

Esta investigación revela que el 7,5 por ciento de las mujeres en España que tienen su trabajo en un sector esencial –como el transporte, los cuerpos de seguridad, la enseñanza o los profesionales sanitarios– se han infectado de coronavirus, frente al 6,7 por ciento de los varones. Sin embargo, lo más llamativo se produce cuando se tiene en cuenta según qué tipo de trabajos y el nivel de estudios y se compara entre ambos géneros. Así, el 11,7 por ciento de las mujeres infectadas se dedican al sector del cuidado a domicilio, frente al 0 por ciento de los hombres (el estudio no refleja datos de este colectivo). Esta es una cifra que evidencia el alto riesgo de exposición a la enfermedad de este oficio, pues ningún otro alcanza esta cuota, y que además es un empleo que prestan práctica y exclusivamente ellas.

En el caso de la limpieza, el 11,6 por ciento de las féminas que se dedican a esta tarea han contraído la enfermedad. Este índice se reduce a prácticamente la mitad en caso de los varones, pues se sitúa en solamente el 6,7 por ciento.

Pero veamos el perfil del paciente Covid según nivel de estudios y el género: se produce un fenómeno muy similar. Así, las mujeres con una formación inferior a la Educación Primaria se han visto afectadas el 8 por ciento, frente al 5,1 por ciento de los hombres con el mismo nivel de estudios. Los niveles se igualan, pero siguen siendo altos en aquellas personas que cuentan con Bachiller o con un primer ciclo de Formación Profesional. En este caso, las mujeres vuelven a ser las más afectadas por la enfermedad, con un 8 por ciento, frente al 7,8 de ellos, pero creo relevante resaltar que la diferencia es significativamente menor.

VAYAMOS A LA SALUD MENTAL

Diversos estudios muestran que el personal de salud puede experimentar síntomas como estrés, ansiedad, síntomas depresivos, insomnio, negación, miedo e ira. Dos estudios (de revisión y encuesta), publicados en *The Lancet Psychiatry* en julio 2020, cuentan con el mayor número de participantes y están realizados en plena pandemia; fueron realizados en China y en ellos se observó que la tasa de ansiedad en el personal de salud fue del 23,04%, mayor en mujeres que en hombres y mayor en enfermeras que en médicos. Y en la población general se observó un 53% de impacto psicológico de moderado a severo; un 16,5% de síntomas depresivos, un 28,8% de síntomas ansiosos y un 8,1% de estrés, todos entre moderados y severos. Los perfiles asociados con los niveles más altos de impacto psicológico, estrés, ansiedad y síntomas depresivos fueron: sexo femenino, ser estudiante, tener patologías físicas y una percepción de baja salud.

Además, según la OMS, “*el género afecta de manera fundamental la salud mental y las enfermedades mentales, dado que determina el poder diferencial y el control que los hombres y las mujeres tienen sobre los determinantes socioeconómicos de sus vidas, su posición y condición social, el modo en que son tratadas dentro de la sociedad y su susceptibilidad y exposición a riesgos específicos para la salud mental*”, II Manifiesto de los Derechos de las Mujeres y Niñas con Discapacidad de la Unión Europea (2011).

La pandemia está erosionando la salud mental de millones de ciudadanos. Confinamientos, angustias financieras, distanciamiento físico y social, temor al contagio, preocupación por familiares y amigos, incertidumbre; las dificultades y obstáculos cotidianos no es corta: Piezas periodísticas, estudios académicos y opiniones de expertos presentan un panorama cuesta arriba. Hace unos días se dio a conocer el que es hasta ahora el trabajo de mayor envergadura en el tema. Y sus conclusiones confirman la gravedad del asunto. Jude Mary Cénat es profesor de Psicología Clínica en la Universidad de Ottawa y líder del grupo de expertos que llevó a cabo esta investigación sobre la Covid-19 recientemente publicada en la revista científica *Psychiatry Research*. El equipo canadiense efectuó un metaanálisis **referido a trastornos mentales** con datos de 55 estudios internacionales (con más de 190.000 participantes) realizados entre enero y mayo pasados. Gran parte de esta información provenía

de China, pero también utilizaron cifras de trabajos desarrollados en Italia, Estados Unidos, Perú, España, Irán, entre otros países. Hallaron que la prevalencia del insomnio fue del 24%, la de signos del trastorno por estrés posttraumático alcanzó el 22%, de la depresión el 16% y la de la ansiedad llegó al 15%. El artículo subraya que los datos referidos a los síntomas de ansiedad y depresión fueron, respectivamente, cuatro y tres veces más frecuentes en comparación con lo que habitualmente reporta la Organización Mundial de la Salud (OMS). Pero fijémonos en una de sus conclusiones en cuanto a trastornos de SM: “*No se observaron diferencias significativas por género* o región geográfica; tampoco entre la población en general y los trabajadores de la sanidad, salvo en el caso del insomnio”, indica Cenat. El análisis reflejó que los problemas para conciliar el sueño eran dos veces más pronunciados entre estos trabajadores. Y añade: “Necesitamos seguir investigando para comprender mejor esta diferencia. (...) Sin embargo, otro trabajo que realizamos sobre la salud mental a raíz del terremoto en Haití nos brinda pistas. Constatamos que los niveles de depresión y ansiedad eran mayores entre los haitianos que salieron rápidamente del país en comparación con los que se quedaron. Cuando estás en las primeras líneas, no puedes permitirte bajar los brazos. Y el insomnio es una forma en que se manifiestan tus temores y preocupaciones”.

El trabajo de los canadienses sostiene –tomando en cuenta investigaciones anteriores (“El impacto del insomnio y los trastornos del sueño en la depresión y el suicidio” Cukrowicz, KC, Otamendi, A., Pinto, JV, Bernert, RA, Cracovia, B. y Joiner, TE, Jr. (2006). “El impacto del insomnio y los trastornos del sueño en la depresión y el suicidio. *Dreaming*, 16 (1), 1-10. <https://doi.org/10.1037/1053-0797.16.1.1>)– que el insomnio puede desencadenar otros problemas, tales como depresión e ideas suicidas.

Investigaciones anteriores han demostrado una asociación entre las tendencias suicidas y el sueño, lo que sugiere que los trastornos del sueño pueden exacerbar la disregulación del estado de ánimo en quienes padecen trastornos del estado de ánimo. El propósito de este estudio fue investigar el impacto de los trastornos del sueño y el insomnio en la depresión y el suicidio en una muestra de estudiantes universitarios que no buscaban tratamiento. Los resultados indicaron que el insomnio y las pesadillas eran predictores significativos de los síntomas de depresión, mientras que solo

las pesadillas predijeron significativamente la ideación suicida. Un análisis adicional indicó que los participantes con puntuaciones elevadas en insomnio, pesadillas o ambos experimentaron diferentes niveles de depresión e ideación suicida. Se discuten las direcciones futuras y las implicaciones del tratamiento. (PsycINFO Database Record (c) 2019).

De esta forma, Jude Mary Cénat y su equipo advierten del riesgo para la salud mental de los trabajadores de la sanidad conforme progresivamente estos individuos estén menos expuestos a la pandemia. Cénat menciona que un estudio que realizaron en la República Democrática del Congo mostró que los problemas de salud mental entre el personal que se batió contra el ébola aumentaron después de que los casos de la enfermedad fueron disminuyendo. Otro aspecto central a considerar que posiblemente guarde relación significativa con lo anterior, es la fatiga mental, cuya presencia está empujando a aparecer de manera relevante. “Es necesario acompañar a estos trabajadores. Llevar a cabo un seguimiento, crear una red de apoyo, detectar quiénes requerirán de ayuda”, concluía Cénat.

En octubre, la OMS señaló que la crisis por la Covid-19 ha perturbado o paralizado los servicios de salud mental críticos en el 93% de los países del mundo. El organismo subrayó igualmente que la sostenida emergencia sanitaria ha ido aumentando la necesidad de estos servicios. “Los líderes mundiales deben actuar con rapidez y decisión para invertir más en programas de salud mental que salvan vidas, durante la pandemia y más allá”, declaró Tedros Adhanom Ghebreyesus, director general de la OMS. “Estos servicios se redujeron o se suspendieron en un periodo de gran impacto sobre la salud mental, tanto para las personas que ya tenían problemas como para otras que comenzaron a sufrirlos. Debimos dar muestras de mayor comprensión e innovación”, señala Cénat.

Respecto a este último punto, un estudio publicado a principios de noviembre en *The Lancet Psychiatry* arrojó que el 18% de los pacientes en Estados Unidos que contrajeron el coronavirus se les diagnosticó un problema de salud mental entre 14 y 90 días después de dar positivo a la Covid 19.

Según el nuevo estudio de la OMS antes mencionado, la pandemia de COVID-19 ha perturbado o paralizado los servicios de Salud Mental esenciales del 93% de los países del mundo, pero es que aumenta la demanda

de atención de Salud Mental. El estudio, que abarca 130 países, aporta los primeros datos mundiales acerca de los efectos devastadores de la COVID-19 sobre el acceso a los servicios de Salud Mental y pone de relieve la necesidad urgente de incrementar la financiación.

La encuesta fue publicada en previsión de la Gran Cita de la Salud Mental, un evento mundial de concienciación en línea organizado por la OMS el pasado 10 de octubre, en el contexto de la COVID-19. La OMS ha señalado anteriormente el problema crónico de la financiación del sector de la Salud Mental: antes de la pandemia, los países destinaban menos del 2% de sus presupuestos nacionales de salud a la Salud Mental y tenían dificultades para responder a las necesidades de sus poblaciones.

“Una buena salud mental es absolutamente fundamental para la salud y el bienestar en general”, ha dicho el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la Organización Mundial de la Salud. “La COVID-19 ha venido a interrumpir la atención prestada por los servicios de Salud Mental esenciales de todo el mundo justo cuando más se los necesitaba. Los dirigentes mundiales deben actuar con rapidez y determinación para invertir más en programas de Salud Mental que salven vidas, mientras dure la pandemia y con posterioridad a ella”.

Como decía, la pandemia está provocando un incremento de la demanda de servicios de salud mental. El duelo, el aislamiento, el encierro sostenido sin “ventilación” relacional, la pérdida de ingresos y el miedo están generando síntomas o agravando trastornos de salud mental: aumento de consumo de alcohol o drogas, crecientes problemas de insomnio y sintomatología de ansiedad. Por otro lado, la misma COVID-19 puede traer consigo complicaciones neurológicas y mentales, como estados delirantes, agitación o accidentes cerebrovasculares. Las personas que padecen trastornos mentales, neurológicos o derivados del consumo de drogas también son más vulnerables a la infección del SARS-CoV-2 y podrían estar expuestos a un mayor riesgo de enfermedad grave e incluso de muerte, hay un aumento de violencia intrafamiliar.

La situación de las maltratadas es mucho más angustiosa desde que el mundo está en suspenso por la Covid. Hay menos asesinadas, pero no menos violencia, aunque han caído casi todos los indicadores aportados por profesionales o demanda propia, menos las llamadas de auxilio al tf 016 (servicio que

pasó a prestarse 24h) que se incrementaron un 60% en abril 2020 respecto al mismo mes del año anterior. Se registraron 10.000 denuncias menos en el primer semestre de 2020 que en el del 2019. Los delitos enjuiciados cayeron de 26.433 a 16.908, según datos del Consejo General del Poder Judicial. Hubo un millar menos de órdenes de protección, hasta las 14.925. En el confinamiento se suspendieron parte de los procedimientos. Es decir, tenemos **menos muertes en 2020 por violencia doméstica y de género** y es que las víctimas “han tenido más dificultades para pedir ayuda, para salir. Han soportado muchos más delitos sin denunciar”, ha señalado Ángeles Carmona, presidenta del Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género del CGPJ. En el primer semestre de 2020, según datos del CGPJ, hubo un 12,4% menos de denuncias que en el mismo periodo de 2019, hasta un total de 70.723 denuncias. En el tercer trimestre, un descenso del 5,08% (42.854).

Es decir, el maltratador controla desde dentro de la casa en la convivencia diaria durante muchas más horas disminuyendo la posibilidad de salir: el impacto mental es innegable. La fatiga mental en este largo proceso con sus muchos avatares, amenaza el incremento de trastornos.

Pero como decía, los servicios de salud mental esenciales “han sufrido graves perturbaciones”: El estudio fue llevado a cabo entre junio y agosto de 2020 en 130 países de las seis regiones de la OMS con el objetivo de evaluar las alteraciones sufridas por los servicios de salud mental, neurológicos y de tratamiento de las toxicomanías como consecuencia de la COVID-19, determinar los tipos de servicios que han sufrido perturbaciones y analizar las medidas tomadas por los países para adaptarse y hacer frente a estos problemas.

Se encontraron perturbaciones generalizadas de muchos tipos en los servicios de salud mental esenciales:

- Más del 60% de los países señaló perturbaciones de los servicios de salud mental destinados a las personas vulnerables, incluidos los niños y los adolescentes (72%), las personas mayores (70%) y las mujeres que requieren servicios prenatales o postnatales (61%).
- El 67% observaba perturbaciones en los servicios que hacen prestación de de psicoterapia; el 65% en los servicios esenciales de reducción de riesgos; y el 45% en los tratamientos de mantenimiento con agonistas de opiáceos para los adictos a estos.

– Más de un tercio (35%) señaló perturbaciones en las intervenciones de urgencia, incluidas las destinadas a personas afectadas por convulsiones prolongadas, síndromes de abstinencia severos relacionados con el consumo de drogas y estados delirantes.

– El 30% señaló perturbaciones en el acceso a los medicamentos destinados a tratar trastornos mentales, neurológicos y derivados del consumo de drogas.

Aunque numerosos países (70%) están incorporando instrumentos de la telemedicina y/o la teleterapia para subsanar las perturbaciones de los servicios de atención presenciales, se observan disparidades relevantes en la adopción de estas intervenciones. Más del 80% de los países de altos ingresos declararon haber recurrido (con grandes diferencias cuantitativas y cualitativas) a la telemedicina y la teleterapia para paliar las dificultades de los servicios de salud mental, porcentaje que no llega al 50% en el caso de los países de bajos ingresos.

Si bien el 89% de los países señalaron, en el marco del estudio, que la salud mental y el apoyo psicosocial formaban parte de sus planes nacionales de respuesta a la COVID-19, apenas el 17% de esos países disponen de una financiación adicional suficiente para sufragar esas actividades.

Es preciso ofertar de manera suficiente Programas de Autocuidado para los profesionales de ayuda y acompañamiento dirigidos a crear “espacios seguros” para compartir experiencia en el lugar de trabajo y ante la vuelta a casa, preferiblemente durante los desafíos diarios y extraordinarios del trabajo. El autocuidado como prevención ante las experiencias difíciles y la relación cuidar-cuidarnos, como focos.

El autocuidado supone actitud y comportamiento en el trabajador y en el profesional; es responsabilidad suya también, pero precisa de los Programas ofertados por los servicios. Supone que los tiempos y energías hemos de equilibrarlos con los cuidados, tanto los que damos a los demás, como los que recibimos de nuestras redes de apoyo, de la organización en la que se trabaja, y de las condiciones materiales con que contamos.

Como Michael Mahoney y Marisol Filgueira han propuesto, es preciso en ellos:

- Definir la relación de ayuda, identificar las emociones que surjan durante el desempeño profesional, especialmente el impacto específico de la emergencia sanitaria y desde luego de las emociones que surgen al llegar a casa (miedo a contagiar, culpa por el cansancio y por el riesgo que portan, inseguridad, etc, que resultan de mayor impacto en las mujeres en un sector “feminizado” donde son mayoría).
- Detectar y definir las dificultades para ejercer el autocuidado, principalmente las ligadas al mecanismo de rechazar las emociones y su legitimidad.
- Definir los equilibrios ejercicio-de-cuidados-en-el-trabajo / autocuidado.
- El cuidado de los equipos.
- Definir los recursos propios favoreciendo la resiliencia.

Programas necesarios en los equipos de ayuda a seres humanos y específicamente en los sanitarios con especial prioridad en los de Urgencia y primeras líneas de atención. Los servicios de SM, han de proveerlos en los dispositivos sanitarios y favorecer su creación y desarrollo en otras redes de servicios de ayuda.

Todo ello pone de manifiesto la necesidad de desarrollar el subsistema sanitario de la Salud Mental. Destinar el 2% de los presupuestos nacionales de Salud en Salud Mental resulta muy insuficiente.

No favorezcamos los “nichos de negocio” dejando agujeros en la atención pública de la SM a cubrir por intereses privados. Estimaciones previas a la COVID-19 cifran en casi un billón de dólares las pérdidas anuales de productividad económica causadas únicamente por la depresión y la ansiedad. La quiebra de los principios de solidaridad y de equidad del Sistema Nacional de Salud están en juego.

CONOCER PARA AFRONTAR: LOS TIPOS DE ANGUSTIA QUE LA POBLACIÓN VIVE EN LA CURVA DE LA PANDEMIA

Son muchas las publicaciones que dan cuenta de que la ansiedad viene creciendo en la población de manera significativa (se dan instrucciones ante

la presencia de sus signos y consejos de comportamiento generales en torno a ellos) y que hay un incremento de la demanda y aumento de prescripción y consumo de psicofármacos en los servicios sanitarios de Atención Primaria y de Salud Mental, tanto a nivel mundial como en nuestro país. Pero pocos trabajos (Recalcati, R.Ehmke, Jerry Bublick y pocos más) se han publicado respecto a la angustia “no sanitizada” que vive la población en esta pandemia. A este aspecto voy a referirme a continuación.

Vamos a hablar, siguiendo principalmente a Recalcati y a Gómez Beneyto, de los 5 tipos de angustia que en la pandemia se presentan colectivamente, en la población, sin que ello signifique patologización, sino la vivencia, la experiencia colectiva de angustia, que podemos identificar diferenciando tanto sus tipos, como su frecuente presentación en fases progresivas:

- La 1ª, la angustia persecutoria o angustia de intrusión
- La 2ª, la angustia depresiva
- La 3ª, la angustia de convivencia
- La 4ª, la angustia de recidiva
- La 5ª, la angustia conspiranoica, o de agresividad pasiva

La 1ª, persecutoria o de intrusión, se produce como señal de angustia por un impacto inidentificable, sin imagen, sin defensa, que deja a su alcance nuestro hábitat, que pasa rápidamente de tener una condición de seguridad casi omnipotente en nuestras sociedades “avanzadas y seguras”, a la de impotencia, indefensión y desvalimiento.

Es preciso considerar dos características de la vivencia de la pandemia COVID-19:

1. La inminencia y omnipresencia de la infección
2. La indeterminación/ilocalización

A ello añadiremos la imposibilidad de fuga completa, la imposibilidad de separación por anulación del peligro: Movimientos inseguros de separación, siempre incompleta de manera indefinible, de esta presencia con inminencia.

La imposibilidad de fuga fractura el esquema defensivo del ser humano, que separa lo familiar de lo extraño: el amigo, el familiar puede ser ahora el lugar de la máxima oscuridad, del peligro.

La metáfora de la guerra ha venido siendo un esfuerzo colectivo por abordar esta angustia, pero es incorrecta respuesta y, por tanto, inútil: la metáfora de la guerra tiene la tarea/objetivo de restituir el límite y diferenciación máximos entre lo conocido y lo desconocido, lo amigable y lo enemigo. Pero ese límite no se puede definir en la pandemia. Además, la metáfora de la guerra no permite el duelo que toda guerra precisa. Así esta metáfora de la guerra no sólo no contiene, sino que abunda en los efectos de la angustia paranoica o de intrusión. No tenemos guerra: tenemos miedo, que es un efecto de esta angustia.

Respuesta psicológicamente funcional y pertinente ante esta angustia es el confinamiento, como manera de restituir un lugar seguro (“mi casa”). Atención: No es así en la violencia intrafamiliar y, de otra manera, en los adolescentes, cuya fase de desarrollo requiere de la relación principal con “los iguales”, de las salidas de las reglas y el contexto familiar.

El confinamiento, por otra parte, implica una pérdida fenomenológica de la libertad y en ocasiones se presenta como medida de una “dictadura sanitaria”. Pero podemos pensarlo como otra experiencia de libertad, solidaria y democrática, donde la comunidad es cuidada por mí. Una experiencia ética de una nueva libertad colectiva que se enfrenta en la pandemia a una concepción de la libertad individual en que cada uno puede hacer lo que desea sin que juegue papel la consideración del “otro”. Una versión neoliberal de la libertad como propiedad individual queda cuestionada éticamente por la pandemia con el confinamiento.

Esta experiencia de libertad nueva nos liga al otro: solidaridad, fraternidad... (una cuestión de debate sin duda; por ej. Giorgio Agamben abandera una posición contraria desde Foucault).

El 2º tipo de angustia es la depresiva: el COVID produce muerte y es una muerte colectiva, donde disminuye la identidad, la singularidad, y surge el número. Además no se trata en principio (o no sólo) de la posibilidad de muerte de “los míos”, es la mirada de la muerte del mundo que conocemos, de “nuestro mundo” y su cotidinidad. Es también la muerte como número diario que borra el nombre. La muerte como algo cuantitativo y abrumador quiebra la singularidad, la muerte sin humanidad, deshumanizada.

Esta angustia depresiva no se inscribe en una pérdida concreta (un trabajo, un amor, un ser querido...) cuya existencia se inscribe en un pasado más o menos reciente, sino que esta angustia depresiva de la pandemia en un sentido sustantivo se inscribe en el futuro, pues el objeto perdido es el mundo que conocemos y que ya no volverá a ser. Así se produce una colonización paradójica: tenemos lo real de algo que acaba, pero sin representación de su pérdida. El Covid supone una experiencia de lo inimaginable. Por esto precisamos convivir con la imagen y por ello el poder terapéutico de lo virtual.

El tercer tipo de angustia es la de la convivencia y guarda relación con un 2º tiempo de la pandemia. Supone una concepción ingenua o infantil, simplista, de la “sanificación”, de la cura colectiva, como una superación del tiempo-1 de la pandemia, el tiempo de la infección. Pero esa superación es irreal, porque estamos obligados a convivir con la infección mientras ésta se afronta con las vacunas y sus etapas y prioridades sucesivas. No cabe una progresión completa hasta la eliminación total, sino que hemos de convivir con el virus y su infección. Así que el tiempo-2 no es el de la superación hasta la aniquilación, sino el de revivir continuamente el tiempo-1, el de la infección. Se hace preciso por tanto realizar el trabajo psíquico de la integración de ambos tiempos y, desde ahí, abrirse al “otro” buscando la condensación de la intensidad del “encuentro” comunicativo, como el arte puede ser efecto de la sublimación de una herida (el “Gernica” de Picasso, por ej.), creando una forma nueva.

Este sería un afrontamiento sano, funcional, de esta 3ª angustia, que por sí misma genera una desoladora confusión: la plasticidad funcional de lo psíquico, que permite la elaboración de duelo frente a la fijación estereotipada y traumática. Conviene aquí decir que siempre tenemos un resto psíquico del impacto emocional que nos conecta con éste, pero que no nos ata si se trata de un resto que ha pasado una elaboración que nos lleva a la vida.

La 4ª angustia: la de la recidiva. Su efecto el “negacionismo” como represión de la existencia del mal, de la infección: la vida entonces se afirma aquí como manifestación de la falta del límite, es decir, como un todo magnético vida/muerte/vida/muerte... La 3ª ola de la pandemia nos lleva a la vivencia de una nueva “caída” en el vacío en que la defensa de la angustia es negar, comportarse como si el parámetro de realidad no existiera o fuera

ridículo, amputando así nuestra percepción y convirtiéndola en disfuncionante tanto para nosotros como para los “otros”. Negar el límite de nuestra vida, abandonar el cuidado del “otro”, vivir una omnipotencia narcisística psicopática. Negar la vuelta del virus para evitar el sufrimiento del vacío. La presencia afectiva y relacional del otro significativo aquí resulta central para afrontar esta angustia.

La 5ª angustia es la conspiranoica. Su naturaleza es parcialmente diferente a las cuatro anteriores y de hecho se experimenta de manera menos generalizada en la población, aunque con presencia significativa. Supone vivir una omnipotencia narcisística desarrollando, desde una definición imaginaria de condición heróico/victimaria, una acusación psicopática y paranoica: grandes poderes invisibles serían agresores propagadores del daño, por lo que habría que desarrollar, junto a campañas movilizadoras contra los datos y cuidados que aporta el conocimiento científico, comportamientos de abandono del autocuidado responsable y de cuidado del otro desde un ejercicio de negación de los propios límites vitales, convirtiendo pragmáticamente el cuidado del otro en un abandono/manipulación.

La pandemia del COVID19 ha venido a generar una crisis tan imprevista como planetaria. Una crisis que revela de nuevo nuestra interdependencia en un mundo donde el pensamiento y las estrategias compartimentados son dominantes. La pandemia nos dice que esta interdependencia puede dar lugar a una respuesta colectiva de la solidaridad humana en la conciencia de nuestro inevitable destino común, tomando como elementos centrales aquellos que resultan estar más oscurecidos, menos visibilizados. Esta oscuridad, en sí misma, es un riesgo para superar la crisis, por lo que resulta indispensable la reflexión, la mirada de la complejidad y de la contextualización.

La OMS ha publicado orientaciones destinadas a los países sobre el mantenimiento de los servicios esenciales, incluidos de manera destacada los servicios de salud mental, durante la COVID-19. Recomienda asignar recursos a la atención de la salud mental en el marco de sus planes de respuesta y recuperación. La Organización también insta a los países a que controlen los cambios y las perturbaciones que se registren en los servicios, de tal modo que puedan reaccionar cuando sea necesario. Hagamos seguimiento de ello en nuestro país. Promovamos entre nuestros gobernantes acciones

en Salud Mental e impulsos de acción global en esta crisis que parece condensar y poner de manifiesto de manera singular la policrisis mundial que es contexto de la pandemia COVID-19.

No aceptemos el olvido, la invisibilización, de los sectores de población “desechables” (Judith Butler): prestemos una atención colectiva solidaria, aguzando la mirada y la escucha responsable con “el otro” (y “la otra”).

Podemos los profesionales de la SM pensar de manera compleja y propiciar acciones y Programas de autocuidado como atención preventiva, especialmente para los profesionales de ayuda a seres humanos y específicamente sanitarios de primera línea de atención, que están en situación de riesgo.

Olor a café... un paseo polo hospital de Piñor

Zoraida González Cornide

Residente de psicoloxía clínica. A Coruña

*Que dirían Alma e Curro se puideran falar?
...aínda que non lles fai falta.*

Nun paseo polo hospital psiquiátrico de Piñor, en Ourense, puidemos cruzarnos coa psicose, mirala, escoitala e camiñar con ela.

A psicose –ou loucura– é unha configuración específica da subxectividade da persoa, caracterizada polo fracaso do desexo, a fragmentación da linguaxe e o consecuente compromiso da identidade. Acompáñase da experiencia de angustia, de certa dificultade nas relacións interpersoais e dunha clínica protagonizada pola aparición de síntomas psicóticos. Pode iniciarse ante un feito continxente na vida que confronta ao psicótico coa ausencia duns cimentos firmes, aínda que moitas veces hai indicios previos a unha ruptura máis abrupta. A loucura inscríbese na historia da subxectividade e os seus síntomas teñen un sentido único e persoal ao formar parte da biografía de quen os sofre.

Para entrar no mundo do desexo e da linguaxe, así como no mundo social, é necesario o establecemento dun vínculo de apego seguro, que combine o afecto e a protección coa distancia e a decepción, mostrándonos que o outro é distinto de nós e que ten outros desexos. Cando este proceso fracasa (“forclusión”), a pulsión toma o control coa finalidade de buscar a satisfacción do eu; pero, como dicía Freud, vai “máis alá do pracer”, moito máis alá, ata unha mestura de satisfacción e malestar que Lacan chamou “goce”. Neste caldo de cultivo xorde a angustia psicótica, que non pode nomearse –non é simbólica– e só pode representarse a través dos síntomas. A angustia leva asociada a tristeza e a melancolía, que fiando máis fino poderían chamarse “soidade”,

“baleiro”, “silencio”, “inactividade”... (infinitos e insondables na psicose).

Xeralmente a linguaxe outórgalle sentido ao mundo e conforma a identidade e o esquema corporal. A unión do significado (contido da linguaxe) co significante (soporte material, palabra) é o que posibilita a práctica lingüística. No caso das psicoses, a linguaxe fracasa, o significante emancípase da semántica e deixa de servir para a representación: as palabras pasan a ter un significado unívoco e exacto ou, pola contra, a referirse a unha multiplicidade imprecisa imposible de abarcar. Segundo a metáfora de Lacan no Seminario 3 *Las Psicosis*, a rede significante é como unha estrada que asegura por onde ir, e cando falta hai que camiñar polas beiras, por onde cada un pode. Recórdame isto á etimoloxía do latín *delirare*, que significa “saírse do rego labrado”.

Coa ruptura lingüística desaparece a confianza e a familiaridade que nos une ao mundo e sentímonos “estranxeiros de nós mesmos”. Ante esta falta de sentido, aparece un período inicial de desconcerto e perplexidade e emerxen os chamados automatismos mentais que –aínda que baleiros de contido– son sempre intencionais e autorreferenciais. Así, o psicótico só consegue representar o mundo de forma indirecta mediante as manifestacións psicopatolóxicas, sexan negativas –mostra do baleiro simbólico na estrutura subxectiva– ou positivas –derivadas do esforzo para reconstruír de novo a realidade e facela soportable.

O corpo é o organismo da natureza da linguaxe co que mantemos o diálogo máis íntimo. A primeira fase de estruturación do corpo implica recoñecer a propia imaxe e a unidade corporal, o que require do sostén do outro (con maiúsculas para Lacan). Cando este proceso se entorpece, aparecen fenómenos como a disociación somatopsíquica, cunha desintegración do corpo paralela á da realidade: algúns senten que o corpo os abandona e se volve alleo, outros que algunha parte do mesmo se volve estraña.

Fronte a unha concepción patoloxizadora e deficitaria da loucura, unha das grandes aportacións de Freud á clínica foi a consideración da función protectora do síntoma, como unha defensa. Fixo fincapé en que os síntomas psicóticos non son unicamente indicadores de que algo non vai ben, senón que se crean como intento de reconstrución e restablecemento, como solución a algo máis enfermo e insoportable. Deste xeito, emerxen como unha necesidade para o suxeito desde o punto de vista subxectivo. Existe resistencia

a abandonar os síntomas, aínda que sexan molestos, porque neles o suxeito obtén certa satisfacción ambivalente: “Danan, pero á vez suxeitan”. A desgarradora frase de Jacques Rousseau dá mostra de que o delirio é preferible á nada ou á morte: “O delirio fíxome perder a razón en vez de a vida”.

O delirio é unha idea con cariz de certeza que aporta un novo significado persoal ao que sucede, unha explicación á experiencia de angustia, que lle axuda ao suxeito a estabilizarse. A diferenza do que se adoita considerar, o delirio non se define por ser falso, estraño, irreal, imposible ou absurdo; senón por tratarse dun intento de restablecemento necesario para tapar algo carencial. Involucra responsabilidade, traballo persoal –de ensaio-erro– e inversión de tempo por parte da persoa na busca dunha resposta que a alivie. Concíbese como unha linguaxe propia, independente e unívoca –ao igual que a matemática– que non está feita para articularse co resto do discurso nin para dialogar cos demais.

Unha das características que asociamos ao delirio é a de certeza, ata o punto de que ás veces a loucura é definida como unha irrupción irrefreable da verdade. Como xa dicía Nietzsche, “non é a dúbida, senón a certeza, a que fai tolos aos homes”. Refírese ao apego especial que o delirante mostra cara a esa idea que toma como verdade, con significación persoal e inimiga do azar. A certeza das ideas delirantes pode entenderse desde o punto de vista da defensa; sendo o seu grao de convicción proporcional ao “tanto” de baleiro que tapan. Esta característica tamén abrangue o feito de que o delirio organiza toda a vida do suxeito e o afasta do lazo social condenándoo a unha soidade radical –o que Alcuaz denomina “delirio sen interlocutor”–. Ilústranos nisto o xenio John Nash: “Sentíame como un profeta, só, no medio do deserto, cunha verdade transcendente que transmitir e sen ninguén con quen falar”.

As voces ou alucinacións auditivas tamén son manifestacións sintomatolóxicas na psicose, derivadas das alteracións na linguaxe, máis que da percepción. Aparecen de forma pasiva e automática e, polo menos inicialmente, son inefables –de difícil descrición–, alusivas e, as máis das veces, inxuriosas. Máis tarde poden envolverse cun delirio e adquirir un sentido narrativo, chegando a adaptalas a unha especie de diálogo que, pese á súa hostilidade, non deixa de ser un acompañante fronte á soidade do psicótico. Sintetizan ben bonito isto Laura Martín e Fernando Colina cando din que “ante o ruído e desconcerto

provocados polo automatismo mental, a alucinación é a música e a idea delirante é a letra dunha canción que, de chegar a compoñerse, resoa no delirio”. A propósito da música, é un recurso moi empregado para suavizar a experiencia alucinatoria, e para moitas cousas máis.

Desde esta óptica, apóstase polo trato (tratar con) fronte ao do tratamento (tratar a). A función terapéutica estriba non só en “atender” os síntomas, reducíndoos a fenómenos patolóxicos que hai que eliminar, senón tamén en prestarlles atención. Tan importante é corrixilos se danan en exceso, como respectalos cando supoñen un recurso para paliar un malestar mental demasiado intenso. En ocasións a mellor práctica consiste en acompañar sen interferir na propia capacidade de autotratamento do enfermo. Noutras, podemos incluso colaborar para que o psicótico potencie e regule os síntomas, de forma que manteña a súa propiedade protectora da angustia. A nivel clínico isto obriga a preguntarse (e sobre todo preguntar –sen dar por feito–) se convén “quitar” os síntomas para que a persoa tome conciencia do seu estado. Pois, ás veces, é mellor ser unha enviada de Deus ca ser esquizofrénica. Sabemos que o tratamento dos síntomas, a falta doutros soportes alternativos, pode ter como consecuencia a anulación do suxeito e a caída na melancolía. “Ao tolo a pouco que lle quiten, quítanlle todo”, Fernando Colina.

Non se pode desestimar que moitos suxeitos sofren cos síntomas psicóticos e por iso é necesario reducir ese malestar cos recursos cos que contamos. As grandes defensas teñen o risco potencial de converterse en malas solucións se gobernan toda a existencia do suxeito e o illan en soidade. Así é que os síntomas “a unhas doses salvan e a outras matan”.

Véñeme á cabeza M., o “xefe do hospital”, agarimoso e “hospitalario”. A simple vista pode parecer a viva imaxe diso que socialmente imaxinamos cando pensamos nun “hospital psiquiátrico” –longo pelo e longas barbas, un chisco estrafalario–. Alegrábanos as mañás co seu sorriso de “buenos días”, preocupábase de que organizásemos ben as nosas vacacións e dábanos permiso para saír a tomar un café ou a comer. Era un aprecio mutuo que chegou ata o punto de ofrecernos un contrato para que non marcháramos –contrato que pouco máis e aceptamos dada a súa “realidade” e tenrura–. Ata custa só pensar en “quitarlle” o seu delirio a unha persoa que non ten nada máis –ningún apoio, ningún recurso, nada fóra– e que, deste xeito, alí teno “todo”.

Tamén outro paciente, M., con alucinacións auditivas que describe como voces agudas que o molestan, moléstano moito. No seu caso nunca chegou a configurarse un delirio que lle permita dar unha explicación ao que lle ocorre e reducir así a angustia. Cando digo “angustia” penso en como describir a que percibín nel. Canta angustia. Quizais é iso que José María Álvarez denomina como un estado de irresolución insoportable. M. só compartía esta angustia co seu benquerido doutor, supoño que no medio diso que chaman “transferencia”. Manifestábaa a modo de dúbida, de eterna dúbida, respecto do seu estado (“¿Que me pasa?”), así como de demandas de curación (“Dáme algo que me cure”). Repito, canta angustia. Contáronme sobre el que, noutros momentos, cando as voces se reducían, entraba en contacto con algo que el mesmo describía como “baleiro”, algo que non podía soportar. Así, un pouco “entre a espada e a parede”, neste caso o tratamento consistía en buscar o equilibrio entre “quitar” un pouco as alucinacións que tanto o molestaban, sen destapar por completo ese baleiro que era insoportable para el. Probablemente tamén en acompañalo de forma comprometida e agardar a que lograrse construír un delirio.

Desde esta perspectiva, as crises non son sempre indicativas de empeoramento na evolución do suxeito. Como alí puiden ver, hai ocasións nas cales un reingreso, a diferenza do que podería pensarse a simple –moi simple– vista, é un indicador de melloría brutal, é unha solución diferente, unha petición de axuda sumamente sa cando substitúe a actos como un intento autolítico ou unha autoagresión; nada máis nin nada menos. Este cambio cualitativo tan impresionante vai mediado por un intenso e comprometido traballo de acompañamento e de coidado, ¿será iso que chaman “transferencia”?

Aínda que comunmente asociamos a psicose con fenómenos como os delirios e as alucinacións –non sei se por máis estudados, máis salientes, ou ambas– descubríñ que os síntomas negativos son tremendamente incapacitantes. A loucura illa cada suxeito nunha penumbra de soidade, apatía e inactividade, nunha atmosfera de ensimesmamento. Os psicóticos tenden a esconderse e a evitar o contacto cos outros. Desde a nosa mirada, vémoslos apagados, pousados –e pausados–, encerrados coas portas do hospital abertas. Incluso cando comparten espazos no hospital, estar xuntos non garante o vínculo. Como dicía Jacques-Allain Miller, “cada tolo no seu mundo”, e co seu tema.

Un dos principais retos terapéuticos na psicose, ao que Fernando Colina ben denomina “non intervención”, é atopar o equilibrio entre respectar a inactividade e promover a acción.

A nosa proclividade inicial cara a “facer” parte da propia angustia que xera a paralización da psicose. É importante velo e enténdelo porque, si, dan ganas de coller o volante para reconducir a vida doutro (“Quero e creo que sei como axudarche”). É entón cando nos temos que dicir a nós mesmos: “Frea, frea. Igual non pode ou non quere. Igual tampouco sabes”. Ás veces, como no meu caso, temos a sorte de ter alguén ao lado que nolo diga.

Debemos intentar axudarlle á persoa priorizando a súa autonomía e liberdade e renunciando ao afán de “salvar” ou de coller nós o volante. Ás veces convén pensar que non todo é curable ou tratable, o que porén non pode levarnos a desentendernos abrigados no pesimismo terapéutico. A cuestión, máis ben, radica en adoptar unha actitude de espera e de acompañamento da capacidade reconstrutiva da persoa –actitude necesariamente comprometida–, que permita a ambos divisar o que quere, á par que responsabilizarse e comprometerse. Isto que Colina considera un “arte” evita a excesiva patoloxización dos problemas e frea a tendencia ao intervencionismo e proactividade desmesurados. Cómpre non perder de vista que o principal e o máis difícil ante un paciente é non prexudicalo: *primun non nocere*.

É fundamental non caer no asistencialismo que pode levar a unha resposta obediente ante unha actividade que se vive como imposta. Ata as cousas aparente e obxectivamente “boas”, se se impoñen por norma, actúan como cortapisa e anulan a identidade. De aí a importancia de que toda actividade sexa voluntaria, non obrigatoria (non “valga a redundancia”). No hospital de Ourense percorríamos os pasillos antes de cada grupo entoando invitacións, adaptadas a cada paciente, con máis ou menos ímpeto. Era difícil tamén esta parte, quedarse no equilibrio de invitar sen dirixir, ofrecer sen impoñer, animar sen fomentar a obediencia automática, coidar sen absorber, dar autonomía sen abandonar, agardar sen apreixar. É como tirar por unha corda moi fina, que non aperta nin fai dano, pero que tampouco debemos soltar.

Non perdemos de vista que a actividade lle permite ao paciente atoparse consigo mesmo e cos demais. Descubrín co buscador de *Word* que a palabra “actividade” contén a palabra “vida”. Certo é que “o hospital psiquiátrico de

Piñor ten moita vida” (literal). A orientación máis rehabilitadora senta as súas bases, máis que no entretemento (que tamén), na práctica de ferramentas novas para achegarse ao mundo social e cultivar o desexo. En ocasións tamén funciona como fonte de recursos ou estratexias para manexar determinadas situacións; incluída a sintomatoloxía se provoca moito malestar.

Probablemente estaría moi rifado o premio á persoa que alí en Piñor camiña máis quilómetros diarios. Modalidade “voltas por fóra”, modalidade “ao monte cos cans”, modalidade “pasillo”. Nesta última compite duramente M., co seu alto corpo, que en realidade creo que compite coas súas propias voces (esas impositivas, sen delirio, con tanta angustia).

A música tamén vive en Piñor, nas orellas de moitos, tamén no corpo, e algún día ata na boca dalgúns. A E. encántalle bailar, a M. a Kiss FM, X. é DJ e L. rapea en brasileiro. Hai arte, e espazo para o arte. Ao fondo da terceira planta tanto podes “fritir un ovo como pasar o ferro a unha gravata” (si, así, ben feito). Unha boa mostra disto pódese atopar no seu blog: *O candil sen luz*. E, volvendo á música, poderosa onde as haxa, a tradicional galega conseguiu emocionar a B. e soltar a cantar a G. Que marabilla!

Dicía a miña supervisora que o futuro de Piñor será converterse nun refuxio de animais; creo que non vai nada desencamiñada. Os principais protagonistas desta historia son Alma e Curro, dous cans que forman parte do equipo terapéutico do hospital, e que son terapéuticos en si mesmos. Hai varios gatos por alí, escabullidos de Alma, e descubrín uns días antes de irme que tamén hai un peixe, ben bonito e lucido. Alí ata os animais se respectan e parece que adquiren capacidades humanas. ¿Será que algunha psicanalista os trata con terapia cognitivo-condutual nos ratos libres?

Curro é un “fuguillas”, pero sempre agarda por Alma; Alma unha comellona, pero –aínda que estea con “sialorrea”– pode aguantar o que sexa antes de comer o que pertence a Curro. Ah, tamén sospeitamos que Curriño ten algunha pequena manía e é un pouco cabezón, lixeira “potomanía”, pero de coeficiente intelectual vai sobrado, listo coma un allo.

Non me quero esquecer de Menta, que para moitos segue presente na figura de Alma. Algúns atreveríanse a dicir que é un falso recoñecemento, outros considerámolo unha maneira de recordar cunha enorme sensibili-

dade. A Alma non lle importa.

Respecto ao mundo social, Carolina Alcuaz propón que a psicose, máis que estar fóra do discurso, pode corresponder a un discurso alternativo, non establecido; o que non quere dicir que non sexa comunicable. Desde esta óptica, os psicóticos non descoñecen a orde social imperante senón que a cuestionan e reinventan para volvela máis soportable, dando mostra das moitas e variadas maneiras de vincularse cos outros e co mundo. Relaciónanse e establecen lazos cos demais, aínda que de forma especial e diferente. A fin de contas, demostran que é posible establecer vínculos sociais a pesar de faltar os cimentos para iso.

No trato co psicótico hai certas características ou aspectos sociais que nos chaman a atención á par que complexizan a interacción, sobre todo se os vemos cunha mirada neurótica. Entre eles atópase o manexo do segredo e da mentira, ingredientes relevantes do proceso de maduración e individuación, que están alterados na psicose. Os psicóticos teñen dificultades para diferenciar o pensamento íntimo do discurso articulado, de xeito que necesariamente din o que pensan. Isto supón unha desprotección para a propia identidade fronte aos demais e introduce matices na relación interpersonal.

A algún deses nosos grupos levamos un xogo que consistía nun taboleiro con preguntas persoais, ás que chegabamos por medio dun dado. A través dunhas tarxetas o xogo solicitaba a cada un, en segredo, se en cada pregunta tiña que mentir ou dicir a verdade, sendo a tarefa dos demais adiviñar isto. Foi moi divertido, rímonos moitísimo. Apareceu enriba da mesa a relación: cando parece que cada un vive no seu mundo, de repente coñécense, saben que programas ven ou non na televisión, que mascotas teñen, que cousas lles gustan ou que países coñecen. Apareceu a dificultade para mentir, sobre todo para mentir coa suficiente proximidade á verdade como para enganar ao outro. Cando saían mentiras eran mentiras inhábiles, absurdas, fáciles, tamén divertidas:

–“Un obxecto que haxa no teu cuarto”.

–“Un platillo volador”. (Risas).

A implicación terapéutica disto é o necesario coidado e respecto ante calquera mínima mostra de ocultación e simulación por parte do psicótico; entendendo que responde a un intento de gardar parte do seu pensamento

para si, o que é indicativo dun grao de saúde e independencia. De feito, unha das sinais máis claras de curación do psicótico é a capacidade para ocultar a enfermidade, mostrándose reticente á nosa expectación. Pois “só se pode calar cando se dispón de palabras suficientes”. Pola contra, o noso afán de que os pacientes nos digan a verdade e falen na nosa linguaxe é un acto de poder (desa parte negativa do poder, do que logo falaremos) e contribúe a incrementar o seu malestar. Falar non en todos os casos e momentos alivia; é máis, pode levar a reexperimentar a descompensación ao perder a palabra o seu poder de representación e volverse demasiado real. Neste sentido, un bo recurso a empregar na psicose é o humor, coa risa, que relativizan o real e calman a angustia.

Algunha vez descubrinme preguntando, presa a partes iguais das miñas dúbidas e da miña curiosidade –chámalle “x”–, que por que tal paciente non nos contaba aquilo que sospeitabamos que estaba nel e que tanto lle facía sufrir. A resposta da psiquiatra foi, coma sempre, moi esclarecedora: “¿E por que nolo ía contar?”

No psicótico está alterada a comunicación e a relación interpersoal, debido á disociación da linguaxe e ao descoñecemento das leis que rexen a participación do desexo e da sedución. Non contempla o repertorio neurótico de desexar ao outro nin o atrae espertar o desexo dos demais, senón máis ben ao contrario. Sofre en exceso da relación co outro dado que interpreta calquera xesto, mirada ou palabra como unha invasión prexudicial. Sen embargo, pode establecer vínculos nos cales logra diminuír esa tensión co semellante, ou compensar as súas dificultades para as relacións máis próximas dirixíndose a outras máis afastadas na comunidade –por exemplo, a través da creación e a produtividade.

Nos grupos apreciaba un pouco estas particularidades, unha especie de falta de desexabilidade social, ou de déficit na teoría da mente, ou dunha teoría diferente, non sei moi ben o que era. Había quen á hora de rematar o grupo, en punto, se levantaba case automaticamente, interrompendo ou non. Falta(me) dalgún xeito o feedback neurótico, supoño que moitas veces envolto en mentira ou “queda ben”, de transmitir algo agradable con respecto ao acontecido, de enganchar co día posterior, algo. Nada máis lonxe da realidade. Supoño que ten que ver con esa falta no desexar, no seducir (e

tamén con algo meu). Non obstante, dalgunha forma, e grazas a outras miradas, conseguín entrever outro tipo de feedback, que se podería dicir “en especias”, a modo de interaccións espontáneas e risas. Que por un instante un deles saíra do seu ensimesmamento e compartira algo de natureza social co resto do grupo, iso era o terapéutico.

Con respecto ás consultas, algúns pacientes agardan cada mañá o encontro cos profesionais. Entran no despacho, e saen, ás veces sen dicir nada –basta con sentarse alí a vivenciar un anaco de tempo–, outras deixando un cachíño do seu malestar alí pousado ou tirado no despacho. A outras persoas vémolos máis polo corredor, outras no xardín.

Visualizo a J. na bicicleta estática regalándonos o seu “buenos días, maja” ou “hasta luego, maja” cada vez que pasamos por alí, pasemos as veces que pasemos; dunha forma que podería parecer ríxida –bastante–, pero verdadeiramente entrañable. Isto do saúdo recórdame que quizais a palabra que máis dixen en Piñor foi “ola”, cada vez que me cruzaba con alguén, na miña falta de habilidade social. Pero échenseme os ollos de bágoas, pois quizais ese “ola” quería dicir tantas cousas...

Hai persoas coas que te sentas todos os días e semella que non te miran, ou non te ven. Pero o día menos pensado diríxense a ti con toda a –pouca ou moita– naturalidade, pero desa que dá ganas de apresar e preguntar “¿Ti onde estabas?”. Hai cousas que se moven por si mesmas e outras que non se poden mover.

O trato cos psicóticos non se constrúe só co discurso senón tamén manexando os espazos, o contacto corporal e as distancias. Debido á afectación da propia identidade e do proceso de estruturación do corpo, o psicótico manexa mal estes aspectos. No trato persoal establece unha distancia anómala: ou se confunde co outro, nunha simbiose indiferenciada, ou se afasta protexido por unha identidade superficial construída en soidade. Debemos ser precavidos e valorar o momento, o grao de actividade dos síntomas, a afinidade, etc; pois, dependendo destas variables, achegarse ou tocar un psicótico pode ser interpretado tanto como penetrante e intrusivo como acolledor das emocións e reparador. En Piñor puiden observar –de novo coa axuda doutros ollos– que o contacto físico, se se encadra nunha boa relación, axuda a dar consistencia ao corpo desorganizado do psicótico.

Lóxica clínica en cada xesto, si, pero tamén sei que eran mostras de cariño: palmadiñas nas costas, caricias no cóbado, a falta de apertas por mor da “covid”. Así mesmo, no que se refire á distancia mental ou psíquica, marcada polo interese e o desexo, é imprescindible o respecto e a espera paciente para achegarnos sen derribar as defensas nin facer dano.

Respecto ao tempo, no caso do esquizofrénico non é lineal, senón que se atopa detido no presente, atrapado no instante, no que todo coincide e se volve intencional. Sen pasado a memoria é perfecta e sen futuro non hai desexo, o que permite instalar unha verdade que non admite as correccións da historia nin as rectificacións da vida. As casualidades pasan a ser causalidades.

En Piñor tomabamos café, uns máis que outros. Non sabemos se acudían ao taller polo café, polo leite ou polo azucre; pero acudían, pedían, querían, mostraban interese. “¿E o café?”, preguntou N. cando informamos de que nos íamos. E dáme igual que foran polo café. Que privilexio poder compartir ese espazo, pequenas parceliñas de vida, falar e crear lazo social, relacionarnos. Coñecemos máis alá dunha mesa de despacho, compartir un espazo diferente, horizontal. Soaba esa canción de *Cascada* –esa que todos coñecemos pero ninguén sabe como se chama– que R. bailaba mentres a xerra do leite seguía o seu ritmo no microondas. L. achegábase todos os días a desculparse por ese “nada” que fixera que tanto lle doía. En cuestión de segundos A. xa estaba no fondo do comedor botando café para ela, (“Non podo parar quieta”, me dicía), mentres que J. collía a xerra do leite nesa falta de saciedade que tiña. Os máis novos despregaban as súas habilidades musicais e compartíanas (de novo a música). Despois do taller, A., voluntaria eterna, encargábase de que os gatos non quedasen sen leite.

Recordo aquel día no que O., mentres miraba a cafeteira –o café caendo gota a gota–, sorriu e fixo unha broma acerca do café. Sentínome ata orgullosa; “orgullosa”, que quere dicir agradecida dese regalo, desa parte que si que tivo a confianza de mostrarnos. Era o seu espazo, o seu café con dobre de azucre no fondo do comedor.

Así traballabamos, entre conversas distendidas, miradas, música e tragos de café. Como diría un compañeiro psicólogo: “Iremos traballar un pouco, que levamos toda a mañá falando”. Unha das grandezas do hospital de Piñor é esa, poder coñecer ás persoas en diferentes ambientes e no día a

día, substituír o despacho polo pasillo, a rúa, o taller de café ou o de cociña. Os novos espazos favorecen a aparición de formas –distancias físicas– e contidos sociais distintos (e moi ricos –ás veces ata café ou tarta–). Isto leva inevitablemente a que se constrúan relacións diferentes con uns e outros; o que, aínda que nunca debe repercutir na atención, si que o fai no agrado e no pensamento.

O espazo do taller de café era un lugar intermediario, acolledor, regulador e favorecedor da interacción. Ademais, elaborar conxuntamente un obxecto alimenticio que máis tarde se comparte, se incorpora e se desfruta, contribúe a crear un clima colectivo pacífico. Estas e outras dinámicas hospitalarias constitúen para moitos a posibilidade de restituír un tempo e un espazo máis habitables.

Nos grupos tamén nos axudabamos da disposición do espazo, con cadeiras en forma circular, para favorecer a interacción e achegamento entre os pacientes. O día que máis estraña me sentín foi aquel no que estiven toda unha media hora nun grupo no que eu non estaba. Pola disposición do ordenador, onda o que eu me atopaba, oposta á das cadeiras da sala, nas que se sentaron os pacientes sen movelas. Dalgún xeito pasei ese tempo agardando neuroticamente a que movesen a cadeira ou se xirasen para mirarme. Foi raro, pero ao día seguinte mandei a tomar vento o ordenador e as diapositivas.

Os que si axudaban, de novo, eran Alma e Curro, a modo de estímulos transicionais facilitadores da interacción e suavizadores da angustia, fomentando a tenrura. Era raro aquel que non tiña en Alma e Curro o punto de partida para falar daquela mascota que tivo cando era pequeno ou daquela que tiña na súa casa agardándoo, cando non da mascota do fillo ou da filla, ou ata do veciño. Encantábame falar nos grupos de cousas do pasado, rompendo esa inercia do presente; de historias de vida, de tradicións galegas. Canta riqueza, canta relación, canta vida. De igual forma, comprobamos que nas actividades grupais os obxectos tanxibles actúan como mediadores e favorecen a interacción en torno a eles. Permiten aos suxeitos relacionarse de forma máis protexida, menos exposta, dado que o grupo de por si pode ser unha situación de tensión ao sacalos do seu illamento. Ademais, manipular obxectos compromete a dimensión corporal dos participantes.

A través da mirada da miña mestra e compañeira puideron ver moitas cousas

sutís e fermosas. Na terceira planta “faciamos” o grupo de “buenos días”. Co tempo, no noso intento supoño que neurótico de crear un “grupo”, decatámonos por medio do ensaio-erro da importancia dos espazos. Era difícil que C. se movese do seu sofá para ir ao “grupo”, o que nos axudou a darnos conta de que o grupo era iso que xa estaba alí, na sala da tele, cando nós chegabamos. Coma o frío, ¿non?, que din por alí que “non hai que facelo porque xa vén feito”. Os invitados máis especiais e terapéuticos eran Alma e Curro, que conseguían atención, caricias, coidados, miradas e mimos onde nós (criamos que) non conseguíamos nada. Os cans ata lo-graban que, se algún día non ían, preguntasen por eles (¡Guau!). Pero alí íamos todos os martes e xoves á mesma hora, e alí nos esperaban, alí esta-bamos compartindo tempo e espazo. O último día –non sei se foi a música ou a transferencia– C. cambiouse de asento e achegouse para que aquilo parece-se máis un grupo. Porque quizais desde fóra parecía un caos, pero sempre foi un grupo de verdade.

Fálase tamén da sensibilidade especial das persoas con psicose, sensibilidade que eu entendo tanto por perspicacia ou intuición como por vulnerabilidade, e que en ambas dimensións hai que coidar. Por unha parte, o psicótico é capaz de ler no noso interior o máis oculto e inaccesible de nós mesmos; algo que nos pode inquietar, porque ademais provén de alguén de quen non esperamos tanta lucidez. O seu modo de captar –dunha maneira directa e inmediata, sen filtros nin cadeas lóxicas– facilita que se faga consciente de certas verdades inaccesibles aos demais. Ela, a psicóloga, poñíame o exemplo de que, probablemente a diferenza doutras persoas, un psicótico co que nos relacionemos nos pode recoñecer anos despois nun contexto diferente.

Por outra parte, dado que a identidade está danada ou desprotexida dalgún xeito, é susceptible de fragmentarse coa angustia. Aínda que os psicóticos pa-recen refuxiados no seu mundo, son moi vulnerables á opinión allea. Poden sentirse facilmente danados ou perseguidos polo noso interese, ou poñer a re-lación en suspenso por temor ao abandono; véndose en ambas condicións obrigados a illarse para protexerse. Por isto, á hora de achegarnos é importante saber sobre a súa angustia, para non incrementala; sobre a súa distancia, para non invadila; e sobre as circunstancias da relación e os seus mecanismos de defensa, para respectar a súa reserva. De novo ese equilibrio entre promover toda afinidade e amizade, pero sen chegar a pisar terreos delicados.

A nivel terapéutico, iso que en psicanálise chaman “transferencia” vén a ser unha oportunidade inédita e un lugar privilexiado para tratar aquilo que se volve insoportable nas relacións sociais. Implica que a tensión social e a suspicacia que emerxen na psicose se manifestan así mesmo no vínculo entre o paciente e o terapeuta. O manexo clínico require moito coidado e prudencia, pasando por respectar a desconfianza do suxeito, e implica non quedar atrapado nin na persecución nin na erotomanía, evitando formar parte do delirio do paciente. A transferencia debe a súa eficacia ao marco ético no que se integra, que acolle ás alucinacións e aos delirios coa dignidade que merecen e coida por enriba de todo a relación. O principio fundamental a nivel relacional é facilitar que en parte nos coñezan, deixando asomar algo da nosa propia perturbación e debilidade, mostrándonos firmes pero fráxiles, sempre tendo en conta que basta con “serlles útiles ata que chegue a ocasión de serlles prescindibles”.

O propósito terapéutico primordial é a emancipación da persoa, que engloba o respecto do seu propio malestar, a disolución do estigma social e a saída da rede. A solución da psicose nunca pasa necesariamente polos terapeutas, que non somos mais que un apoio ou mediador na relación. Alguén me dicía que isto de facer terapia é como poñer humildes capas de pintura, das cales algunhas quedarán, outras irán caendo e precisaranse novas capas (ou non); e pode ser de axuda aínda que non cambiemos a parede e siga habendo humidades. Neste papel de actores secundarios, o noso cometido comeza por non estorbar, continúa non abandonando, dispónse a favor das necesidades das persoas e remata por ser prescindibles para elas. Din Martín e Colina que moitas veces cando o trato se rompe, mentres nós nos preguntamos que fixemos mal, o paciente elabora o dó con facilidade. Cómpre estar preparados tamén para iso e incluso fomentalo en favor da verdadeira emancipación da persoa.

O mellor “alumno”, sen dúbida, era R., sempre pegado aos “mestres” e afastado dos/polos compañeiros. Resultaba entrañable pero á vez daba unha mágoa inmensa que todos os seus chistes e ocorrencias quedasen nos despachos e non saísen ao “patio”. Marchou sen despedirse, porque todos sabemos que é posible que volva. E danos igual que volva, porque o importante é que saiba que pode volver.

Respecto á famosa “conciencia de enfermidade”, en síntese e na súa esencia é incompatible co concepto de psicose. Dado que a lesión se sitúa na propia subxectividade, é difícil que o psicótico alcance a verse a si mesmo como suxeito que sofre. Por norma xeral os psicóticos cren, ou máis ben saben –con certeza–, que non están enfermos. De feito, é común que digan que son os outros, os seus compañeiros, os que están tolos. Se isto o vemos desde unha perspectiva máis intervencionista, como explica José María Álvarez, parece que os psicóticos prefiren adherirse á enfermidade –quedándose na ausencia de conciencia da mesma– antes que ao tratamento –que avogaríaa pola conciencia de enfermidade–. Parece un trabalinguas porque o é.

Para complicar máis o asunto, é certo que os psicóticos poden chegar a desdoblarse e denominar as súas experiencias, por exemplo, como “delirios” e “alucinacións”, así como recoñecer que están “enfermos”, pero probablemente esas palabras non teñen moito que ver co que nós entendemos polas mesmas. Tamén poden diferenciar algunhas das súas experiencias como “enfermas”, mentres que outras sempre permanecen excluídas da crítica. Nalgunhas ocasións conseguen deixar o delirio un pouco afastado, desactivado, pero latente e sempre á man para retomalo de novo se o nivel de angustia ou de disolución de identidade o requiren. Nash aludía a isto cando dicía que deixara o seu delirio “debaixo da alfombra”.

Moitas veces os “pacientes” chegan a simular dalgunha forma esa “conciencia de enfermidade”, con condutas críticas do delirio que en realidade responden máis a un sentido práctico e socialmente adaptativo de someterse e non levarnos a contraria, que á xenuína aceptación “dun erro no pensamento” (como sostén a psiquiatría e a psicoloxía académica).

Como me dicían por alí, “os pacientes tamén aprenden a ser pacientes”. Triste e inevitablemente así é. Tamén é unha cuestión de espazo e de tempo. Polas mañás, preto dos despachos eran “pacientes” –ás veces un pouco impacientes– centrados na queixa, pedindo axuda, case mortecinos. En cambio, dando un paseo por fóra, no taller do café, un día pola tarde ou unha fin de semana, eran “persoas” con vida falando de forma distendida. O caso paradigmático desta observación para min é o de E.: a máis competente coterapeuta da historia na terceira planta, a angustia feita puerilidade na segunda, a xuventude florecente fóra das paredes do hospital.

Existe polo tanto moita controversia con respecto ao traballo da conciencia de enfermidade, a psicoeducación –deste xeito entendida–, así como á intervención mediante a argumentación ou o razoamento. Non serve de nada confrontar ao psicótico cunha realidade que só el experimenta; como moito arruinaría calquera vínculo posible co profesional. Tampouco tratar de entender, de convencer, de ensinar, ou de levar os síntomas ao noso sentido común. Xa Lacan nos desalentaba do intento de comprender ao psicótico. Parece que este non é o mellor camiño para aproximarnos a el e facernos unha idea do que lle sucede. Esta actuación desenténdese da singularidade de cada un, non respecta a función do síntoma nin a responsabilidade persoal do suxeito, e trata de reducir a súa identidade á categoría de enfermidade, homoxeneizándoo cun colectivo de enfermos.

Na nosa sociedade, a loucura amedrenta, provoca temor, é estigmatizada. Píntannola tan lonxe que pensamos que é algo doutros, algo diferente, imprevisible, que a nós non nos vai envolver. Cando pensamos nun hospital psiquiátrico imaxinamos a loucura deambulando, apesurada, inamovible, anciá, como algo observable e identificable dalgún xeito, aquilo do que un se pode diferenciar. “¿Pero vas para alí? ¿E non tes medo?”, é fácil escoitar. “Non”, nunca pasei medo alí, non máis que o “medo” habitual dunha residente no inicio dunha rotación... ¿ou tamén levaría eu na mochila algún prexuízo de máis?

O que podemos chamar “ameaza” provén da forza do pensamento e da penetración psicolóxica da psicose, que nos pon en contacto coas raíces da nosa vulnerabilidade; pois representa o fallo no encontro coa pulsión que pon en marcha a maduración e a identidade. Podemos falar así de temor á psicose, que está en todos nós, máis que de temor aos psicóticos. Asístanos porque non a entendemos e, á vez, entendémola demasiado. Como expresa Colina, “o tolo é un espello melancólico que nos volve paranoicos se o miramos de fronte”.

Cando nos adentramos no hospital psiquiátrico, vemos (e miramos) máis alá e tratamos de comprender, experimentamos como caen pola borda unha morea de prexuízos que non sabemos nin que tiñamos. Supón coñecer o descoñecido, para ben e para mal. Cando escoitamos un psicótico descubrimos que é unha persoa cunha historia previa e por construír, que

puido –e, nalgún caso, ata pode– traballar, ter fillos, e exercer todas esas actividades que concibimos como vida en sociedade. O primeiro que exclamei tras dar unha volta polo psiquiátrico foi: “Que xoves son”. Probablemente aí estaba actuando a identificación, asustando a identificación. Non son eu precisamente a imaxe da cordura, pero ás veces sorprendíame sorprendéndome por atopar similitudes e cousas en común coas persoas que alí se atopaban. Pode soar “mal” pero é así, porque a quen máis se parece un tolo é a unha mesma. É entón cando nos decatamos do preto que estamos todos tanto da cordura como da loucura, a cal o día menos pensado podemos ver no espello ou na cadeira do lado. Podería dicilo máis claro: o que máis me sorprendeu (e asustou) do hospital psiquiátrico foi a cordura dos tolos.

Na nosa profesión, e desde o lugar de observación privilexiada que nos outorga a residencia, unha faise preguntas e busca respostas en relación á formación, á teoría, ao trato e á práctica clínica. ¿Canto disto e canto daquilo? ¿Cales son os ingredientes? Por unha parte, a intuición, a boa vontade e a espontaneidade, que asumo como algo máis relacionado co que traemos de serie; por outra, a formación, a teoría, e tamén a experiencia. Coa resposta de Colina véñense algo así como “nin tanto nin tan pouco”. Tanto a perspicacia e habilidade (verbal, no trato, etc.), como os coñecementos e marcos conceptuais; ambos conxuntos son necesarios pero ningún deles é suficiente para o dominio profesional. Tal e como relata Carolina Alcuaz, “nin o refuxio no saber pormenorizado sobre os fenómenos psicóticos, nin a risa nerviosa, nin a mirada piadosa, nin a indiferenza, nin a angustia do principiante, nin o ideal heroico de cura, alcanzan para orientarnos na práctica clínica”.

Non se pode tratar un psicótico sen unha teoría ou concepción acerca do malestar que sofre, pois corremos o risco de converternos en simples conselleiros, compañeiros ou figuras paternalistas. Pero tampouco é suficiente con diagnosticar e aplicar tratamentos; pois un punto doutra cousa fai falla para intentar entender a persoa e facerlle o menor dano posible. Traballamos co que escoitamos e vemos da persoa, co que estamos dispostos a ver e a escoitar. De quen máis aprendemos é dos pacientes. Só a través do vínculo podemos chegar a compartir esa realidade subxectiva, e a capacidade de forxar esa relación non a proporciona un título senón a humildade respecto do saber, o esforzo, a presenza e a dispoñibilidade.

Todo isto vai bastante entrelazado nos clínicos aos que tiveron o pracer de ver traballar. Alí, se sobes ao segundo piso pode envolverte un torrente de enerxía e implicación inesgotables, así como de sabedoría, que circula polos despachos do fondo, entre os que transitan paseniñamente Alma e Curro. Mestúrase a mestría clínica coa maior humildade que un se poida imaxinar. Tanta é que as portas están abertas con xenerosidade, ademais de para Alma e para Curro, para aquel paciente ou “residente” (de psicoloxía clínica e demais) que o precise. As intervencións poden ser tan sutís, e /ou os profesionais tan experimentados, que traballan sen que “se note” o que fan tecnicamente, pero sempre tendo presente que, por que e para que se fai. Foi fascinante poder entrever que cada xesto ten unha lóxica na clínica, pois, como na psicose, non hai moitas casualidades.

O que oímos (e escoitamos), o que vemos (e miramos), así como o que entendemos, depende da teoría que nos sirva de explicación, pero tamén da nosa historia persoal, dos nosos prexuízos, etc. Di Colina que “oímos o que a teoría nos permite, e controlamos da nosa práctica o que podemos teorizar”. Son moi gratificantes eses pequenos instantes nos que conseguimos ver nun paciente algo que liches nun libro, ou atopar nun libro algo que viches nun paciente. É algo así como ver algo que logo non podes deixar de ver, non hai volta atrás –como nas matemáticas, cando as pillas e xa está.

Pero non hai que confundir o confiar nunha teoría ou elixila porque encaixe mellor, con crer nela “a ciencia cega” (si, unha parafasia). Se isto sucede, non poderemos ver máis alá da teoría e perderémonos todo o que emerxe na realidade, dado que a clínica é en si mesma unha experiencia que desborda e desmente a teoría. “Se facemos preguntas non obteremos máis que respostas, mentres que se deixamos falar seremos premiados con historias”, Fernando Colina. Formarse é a única maneira de saber que a experiencia do outro é inalcanzable polo noso coñecemento e que debemos deixarlle a el o volante para que nos guíe en como axudalo. Así, e teño que recoñecer que para o meu desgusto, non hai unha receita.

A nivel aplicado e concreto, nos grupos podía experimentar un pouco esta dicotomía (que non o é). Buscaba o equilibrio entre levar algo preparado –material, ideas, obxectivos– e utilizar o que emerxía no propio grupo no momento. Unhas veces íame cara a un lado, ríxida, para controlar, pero

perdendo e deixando escapar a realidade; e outras cara ao outro, desorganizándome, deixándome levar e perdéndome na inmensa realidade. Por sorte tiña quen me rescatase, quen me sinalase, quen me axudase a ver que na busca dese equilibrio estaba a chave e estaba tamén eu.

Non sei se é realmente así, pero na miña cabeza tamén poño as “boas intencións” (a compaixón, a caridade, etc.) no lado desas cousas máis espontáneas, menos preparadas. A pesar da súa connotación positiva, corren o risco de ser empregadas –conscientemente ou non– como envoltorio de certa distancia e superioridade condescendente, que o psicótico pode vivir de forma humillante (recordemos a sensibilidade especial do psicótico).

Parece que, de entre estes sentimentos “bondadosos”, a cordialidade, a firmeza e a tenrura son os que menos perigo entrañan. Teñen que ver coa dispoñibilidade, con estar dispostos a que nos utilicen segundo as súas necesidades, e coa garantía da nosa presenza (podería dicirse) incondicional, ante o temor ao abandono. A tenrura é o núcleo sentimental do trato co psicótico, que se nutre da sensibilidade e a delicadeza, ensambla co desamparo e a soidade, pero respecta a independencia e fomenta o desexo. Nace espontaneamente como un reflexo da humildade, sendo esta unha condición para o trato, que permite declinar o estudado e dispoñerse a escoitar e falar co psicótico con prudencia e coidado.

A parte de habitantes como a música, polo hospital tamén pasea fachendoso o poder. O tratamento do sufrimento psíquico sempre involucra o poder que inevitablemente temos sobre os pacientes, para ben e para mal. En si mesmo non é algo nocivo, incluso se considera un elemento imprescindible para a emancipación. A súa parte negativa ten que ver coa xerarquización excesiva, coas restricións á liberdade que se exercen, así como cos sistemas diagnósticos que estigmatizan as persoas reducindo os seus dereitos en virtude dunha etiqueta.

Trátase pois dunha arma perigosa dependendo de a quen se achegue. En ocasións achégase ás palabras do outro, outorgándolles o poder tanto de recompoñernos como de volvernos “tarumbas”. Tamén fai amizade co trato, e ata co tratamento, ao cal lle dá potencial tanto para liberar como para sumir no pozo da cronicidade. Por iso o inimigo canto máis cerca mellor. Dicían por alí que cando nos atopabamos falando moito entre o per-

soal, estabamos dalgunha maneira xestionando isto; e vaia se falabamos. Volven a aparecer aquí Curro e Alma, que teñen a capacidade de baixarlle os fumes ao mesmísimo poder.

Nas reunións entre profesionais, en Piñor hai quen pon o “punto, repunto”, leva o temón na dirección de protexer e valorar a autonomía dos pacientes, e falta fai. Hai quen fala menos; pero cando fala, fala. E outros explican algo de “miradas”, “voces” e “delirios”. Outros escoitamos e intentamos comprender. Para os pacientes tamén é un acontecemento importante: “¿Que dixeron de min na reunión?”, escóitase ás veces nas escaleiras. Ogallá soubesen que todo o que alí se di provén xa deles ou se lles transmite a eles, do xeito que sexa, con honestidade. Todos no mesmo barco, pecharíamos os ollos sabendo quen leva o temón, pero é ela a que nolos abre.

Un bo exemplo das implicacións do poder foi a experiencia durante o confinamento na “Casa dos espíritos” (xeito irónico co que nomeaban os pacientes a Casa de Exercicios Espirituais, do Obispado de Ourense, ao que foron trasladados ao comezo da pandemia para deixar sitio a anciáns de residencias que necesitaban ingreso hospitalario). Todos contaban esa historia coa mesma dose de orgullo que de sorpresa. Esta circunstancia, nun principio externa e negativa, promoveu un sentimento de grupo tanto entre os pacientes como entre os profesionais, ambos gobernados durante ese tempo por unha “lei” superior, que facía descender os psiquiatras do podio da autoridade. Isto tamén debe ser algo diso da “transferencia”, algo que se non ves non cres. Por certo, nese tempo e nese lugar (supoño que moi pouco casualmente) naceu o noso taller de café.

Dado que nós partimos desta situación de poder, ás veces o tratamento pasar por permitir que o psicótico se impoña sobre nós, nos instrumentalice, nos use e se relacione de forma parcial con nós –tratándonos como obxectos–, quizais da única forma que sabe facelo. A submisión do profesional á posición subxectiva do paciente forma parte da transferencia e é o que permite entender o fenómeno psicótico e buscar respostas para aliviar o sufrimento. Isto só é posible se o vivimos desde a lóxica clínica e non reaccionamos de forma persoal, o que probablemente nos levaría a repetir con eles a experiencia ou a dinámica previa da que están fuxindo. Ollo aquí coa relación. De igual maneira que a contratransferencia positiva non debe

repercutir na atención clínica dedicada, tampouco a negativa. É necesario que prevalezan sempre os criterios clínicos; amiguiños si, pero a vaquiña polo que vale. Cando falo de criterios clínicos non me refiro aquí a nada que clasifique nin homoxeneice en torno a unha etiqueta diagnóstica, senón ás características particulares de cada persoa e cada caso.

A dimensión na que a nosa profesión exerce a súa función é a demanda do paciente, pois supón facerse cargo de maneira duradeira das persoas na súa existencia. Ningunha demanda está fóra da lóxica clínica e, como tal, hai que escoitala e analizala dentro do caso. O máis importante é que a persoa sinta que a súa demanda é escoitada, sexa esta tomar unha menciña, cambiar de habitación, chamar á Casa Real, enviar unha queixa a Atención ao paciente, ou contactar co Tribunal Supremo.

Para ben e para mal, descubríñ que o sentido que eu tiña por bo e por común, non é tan común, e nin sequera tan bo. O trato co paciente é tan variable como o paciente mesmo, pois os profesionais adaptanse ás características e necesidades de cada persoa. Aquilo que de primeiras podemos pensar, xeneralizando, que é negativo para calquera (como pode ser elevar o ton de voz nun momento dado, acceder a unha petición aparentemente absurda ou establecer unha prohibición), pode tecer a única e fina tela de araña que sostén á persoa e lle axuda a estabilizarse. Isto vino cos meus ollos cando J. pedía “a berros” que alguén lle puxese límites (“Védesme saír do recinto e non me dices nada” [en época “covid” na que se controlaban as saídas]) ou cando A. se mostraba necesitada da estruturación e contención do propio hospital para manterse estable.

Do mesmo xeito, por moi “benintencionada” e obxectivamente positiva que sexa unha actuación, non hai remedios para todos: o que para un é liberador, para outro pode ser o cárcere mesmo. A tendencia a sobreprotexer e decidir polo enfermo –coller o volante–, e a reprimir os seus plans coa premisa de evitar un mal maior, é unha forma de violencia por desgraza moi habitual. Pode actuar a modo de profecía autocumprida e frea a emancipación da persoa.

Ás veces parece que aceptamos mellor a irracionalidade do tolo que o seu dereito á brillantez mental. Cando, en realidade, ninguén enlouquece por completo en todas as áreas e momentos da súa vida. Aínda que a loucura

foi moitas veces privada de responsabilidade polos seus actos, os suxeitos son sempre responsables como actores principais das súas vidas. De acordo con Stuttgart, “non é unha perda abstracta da razón, nin polo lado da intelixencia nin polo da vontade e a responsabilidade, senón que é só loucura, só contradición na razón aínda presente”. Escritores e artistas demostran que a psicose e a xenialidade non son, precisamente, excluíntes. Como recolle Alcuaz, os psicóticos teñen un alto valor nunha sociedade que saiba acollelos. “Aquí o máis tonto fai un reloxo suízo”, din alá por Ourense.

Moitos pacientes marchan de Piñor, “porque teñen que marchar”. Non é só un refrán, pois é un hospital psiquiátrico cun elevado número de altas anuais. “A cousa móvese”, e móvese cara á emancipación. Penso agora en F., aquí e alá, pura enerxía, se alguén do hospital tiña o don da ubicuidade era el. Comentabamos algún día o ben que está cando está ben. Recordo aquela canción tan bonita que o acompañaba (“*tal vez, quizá, tendría que confesarte que yo ya sé que el mar no sabrá como frenarme...*”). Marchou do hospital pouco despois, imaxino que correndo, pero agarrado de (e agarrando) moitas mans, apostando forte por construír a súa vida e poder vivila. Direi que non foi o único que marchou cunha man á que agarrarse e cun lugar a onde poder volver.

Cando marchaba, despedíame deses camiñantes profesionais na modalidade “arredor do hospital” e escoitaba a A., puntual, tocando a pandeireta. O son que me despedía ata o día seguinte.

Volvín algunha que outra vez, e seguro que volverei.

Ogallá siga cheirando a café.

P. D. A utilización dos tempos verbais ten que ver coa miña propia confusión, con que estiven alí e volví (e volverei), e con que non hai un “nós” e un “eles”. O emprego do xenérico masculino responde ao intento de non escribir un texto repleto de “/”; (non sei se) sobra dicir que na miña cabeza inclúe a ambos xéneros. Escribo desde a interesada lectura e a humilde observación durante a estancia de tres meses como “residente” no hospital psiquiátrico de Piñor, coa sorte de estar moi ben acompañada neste proceso de elaboración.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- COLINA, F. (2013). *Sobre la locura*. Ed. Cuatro. Madrid.
- MARTÍN, L. e COLINA, F. (2020). *Manual de psicopatología*. La Revolución Delirante. Madrid.
- ALCUAZ, C. (2021). *Otra sociedad para la locura: Estudios sobre los lazos sociales en las psicosis*. Xoroi Edicions. Barcelona.
- J. M. ÁLVAREZ (2013). *Estudios sobre la psicosis*. Xoroi Edicions. Barcelona.

Girls Rock School Edinburgh: máis aló da música

Patricia María Tamara Rego Ribeiro

Psicóloga clínica

Área Sanitaria de Ferrol

Vouvos contar a miña experiencia como parte dun pequeno movemento social ligado á música no que a aceptación e o apoderamento teñen un gran poder terapéutico e de realización persoal. Incluso agora que o podo pensar dende a distancia, doume conta de que a raíz do movemento funciona cuns principios e estrutura similares ao que sería unha terapia de grupo.

A *Girls Rock School Edinburgh* (GRSE) é un proxecto de dúas mulleres músicas que, cansas do dominio masculino dentro da escena musical e do maltrato sufrido nos seus concertos por parte doutras bandas, técnicos de son e público masculinos, decidiron que había que facer algo para cambiar o panorama. Para iso decidiron facer obradoiros musicais de curta duración desenvolvidos por e dirixidos a mulleres cis e trans, persoas non binarias e toda persoa que se inclúa dentro do paraugas queer. Agás por unha pequena axuda económica que lles dá unha organización de base feminista (*Woman to woman*), toda a financiación que precisan para o proxecto conséguena coas doazóns voluntarias das persoas que acoden aos obradoiros, cos concertos que organizan e cos materiais que venden. Os obradoiros realízanse nun centro de artes, no que alugan as salas por horas.

A GRSE ten unha política de espazos seguros onde non se permite ningunha expresión de odio por ningún motivo (raza, idade, orientación sexual, sexo, habilidade, etnia, nacionalidade, clase, xénero, habilidade lingüística, situación de refuxiada ou relixión). Detallo todos os “odios”

que recollen, porque me parece moi significativo e porque eu sentíame discriminada ou infravalorada por algúns deles durante o meu tempo vivido no país; xa que era inmigrante do sur de Europa, muller e cunha habilidade lingüística lonxe da dunha persoa nativa.

A raíz do movemento, que mencionaba anteriormente, serían estes obradoiros que se desenvolven coma se dunha terapia de grupo se tratase. Son sesións semanais, 10 en total, dunha hora de duración e con 10-12 participantes. Normalmente hai catro grupos diferentes conforme á habilidade musical a desenvolver, semellante á homoxeneidade nos grupos segundo a patoloxía. En relación ao funcionamento dos obradoiros, ademais do mencionado previamente sobre os criterios de inclusión e da non permissividade de expresións de odio, estes espazos están concibidos como de mutuo apoderamento e onde tampouco se permiten os xuízos, a competitividade ou as burlas. Tamén se fai mención expresa da importancia de respectar os límites tanto físicos como emocionais das outras persoas, de xeito que se alguén se quixese achegar ás outras participantes de calquera das dúas formas, teríase que pedir o seu consentimento.

Todo o descrito ata agora sería algo así como o marco “terapéutico”. As sesións teñen como obxectivo aprender a tocar un instrumento musical ou cantar, pero como poderedes deducir, en 10 sesións isto non se consegue; aínda que hai xente que acode sabendo xa tocar, algo ou moito, algún instrumento. Entón, a excusa é aprender, pero a realidade é que o que se busca é provocar a chispa dentro das participantes para querer aprender, querer formar bandas, dar concertos e sobre todo, para crear comunidade. E isto conségueno co poder da aceptación incondicional por parte das líderes de cada grupo e dos grupos en xeral. Eu sentín este apoderamento claramente sesión tras sesión e isto acabeino notando incluso noutros contextos. Esta aceptación incondicional, a apertura ao coñecemento das outras persoas dentro de toda aquela marabillosa diversidade foi o que me fixo sentir segura e poder expresarme como artista e como persoa. En poucas sesións saín da burbulla de protección na que, como inmigrante con lingua nativa diferente ao inglés, acostumaba a agocharme en cada situación grupal nova. Dinme conta disto nun momento en que fun consciente de que estaba falando con outra compañeira sen estar centrada na execución da miña fala.

Como xa dixer, os obradoiros son a raíz, pero o movemento continúa e, con el, o poder do grupo. A maioría das participantes acaban montando as súas propias bandas. Eu, xunto con catro mulleres máis, montei unha. Este acontecemento foi un gran fito na miña vida. Grazas ao poder que me proporcionou este feito puider sacar de dentro a creatividade musical que tiña, eu diría, enquistada dentro de min; e tamén fortaleza e poder. É difícil para min definir as sensacións producidas pola pertenza a esta banda onde a sororidade, a reflexión e a diversión son as características principais. É a expresión de amor e desexo de romper fronteiras xuntas.

Aos dous meses de formar a banda xa participamos nun concerto organizado pola GRSE tocando dúas cancións. Aquí foi cando me din conta da importancia da comunidade creada ao redor da GRSE. A comunidade segue os mesmos principios da GRSE. Non vos podeades imaxinar que marabilla poder tocar nun espazo onde os principais valores son a aceptación incondicional e o apoio mutuo! Isto é o que fai crecer as persoas, o que fixo que despois deste concerto nos chamasen para outros, que empezásemos a compoñer a nosa propia música e que agora esteamos incluso gravando unha maqueta.

Esta segunda fase dentro do movemento, sendo parte dunha banda, lémbreme o que podería ser, en termos terapéuticos, un grupo de apoio mutuo. Un grupo sen líderes formais, onde xorden e se traballan problemáticas comúns, sen deixar de valorar e axudar nas diferenzas. O resultado do noso proxecto creativo, a maqueta, será coma unha mostra do noso traballo de apoio mutuo en relación ás problemáticas comúns, pero tamén ás ledicias comúns. O interesante é que as letras das cancións reflicten a realidade de todas, cando en verdade foron escritas individualmente só por algunhas de nós. Da fobia escénica ao disfrute escénico e creador! E todo pasou nun ano e cunha pandemia polo medio.

No meu caso particular, incluso, ata puider superar un “traumiña” escénico sufrido na adolescencia. Na festa de final de curso do conservatorio ao que acudía, mentres tocaba unha peza eu soa no escenario e sen partitura, quedei bloqueada pola ansiedade e cunha das mans perdinme. Levanteime dicindo “Merda” e funme. Escapouseme esta bocalada suficientemente alto como para que todo o mundo o escoitase e este feito provocou un gran

aplauzo percibido por min como pena, e todo nunha vila pequena onde todas as persoas se coñecen. Ademais deste feito, durante moitos anos vivín a música dende o sufrimento: moitas horas de estudo, avaliacións, críticas... Ata que, empurrada por estes e outros motivos, a deixei a un lado e non volvínc tocar un instrumento en moitísimos anos. O que nunca desapareceu foi a ilusión de formar un grupo de música moderna. O que me impresiona agora é que naquel momento tiña moitos coñecementos, máis que agora, e estaban frescos!, e aínda así nunca pensei que eu podería chegar a compoñer a miña propia música. Como moito víame como a vocalista dun grupo onde outro (e non outra) era o compositor. Algunhas ideas de proxectos xurdiron nas noites de esmorga, pero nunca chegaron a materializarse. Ninguén creu en min, nin sequera eu mesma.

Esta comunidade, coas súas normas e a súa aceptación incondicional, foi o que fixo que eu puidese chegar a crear, a expresar e a levar a cabo o meu proxecto disfrutando. Isto amosa o que unha relación con apego seguro pode acadar.

Quen me dera ter unha GRSE aquí! Quen se apunta?

Salud mental infanto-juvenil. De aquellos barroos estos lodos

Ricardo Fandiño Pascual

Psicólogo clínico. Doctor por la UVIGO
Presidente de ASEIA

Desde hace algunas semanas los profesionales de ASEIA no dejamos de recibir llamadas de familias, servicios públicos y privados, colegios e institutos, con frecuentes consultas y demandas de ayuda en relación con el creciente malestar emocional de niños y adolescentes. La situación nos preocupa mucho ya que se empieza a observar un desbordamiento de los recursos dedicados a la intervención en la salud mental de los más jóvenes. Los medios de comunicación ya se están haciendo eco de esta situación y proliferan estudios sobre las consecuencias de la pandemia en estas edades.

Algo empieza a cambiar en la percepción social después de meses repitiendo lugares comunes acerca de “lo bien que lo están haciendo los niños” y “lo poco cumplidores con las normas que son los adolescentes”, cuestiones ambas que tienen que ver con características propias de estos dos grupos etarios, la dependencia en la infancia, y la transgresión en la juventud. Precisamente, si tuviéramos que decir cuáles son las grandes demandas que nos llegan en estos momentos, estarían relacionados con niños que no pueden establecer “buenas dependencias” porque sus circunstancias familiares no lo favorecen, y adolescentes que en lugar de manifestar su malestar a través de la transgresión lo están haciendo a través de una internalización del conflicto, en procesos de repliegue sobre sí mismos; no quieren salir de casa, no quieren ir a clase, permanecen en sus habitaciones, se socializan en internet, presentan trastornos de alimentación y en ocasiones ideación suicida. Tanto los unos, como los otros tienden a

estar invisibilizados, mientras las fotografías se las llevan familias aparentemente funcionales y adolescentes de botellón.

Para todos estos niños y jóvenes la pandemia ha sido el catalizador que aceleró un proceso que ya estaba en marcha. No debemos olvidar que antes de la aparición del coronavirus en nuestras vidas, en España había un 30% de menores de 16 años en situación de riesgo de pobreza y un 40% de paro juvenil. Es esperable que estos indicadores vayan a ir empeorando en los próximos meses. Mirar al mundo pre-pandémico con nostalgia es una reacción esperable al malestar actual, pero debemos evitar caer en lo que el sociólogo Zygmunt Bauman llama retrotopía, o la utopía del pasado, reivindicando un ayer maravilloso que en muchos aspectos no era tal. La familia, como lugar de protección de la infancia, está desde hace años sometida a cambios alrededor de su configuración y funcionalidad que derivan en estructuras más inestables. El futuro, como tiempo de esperanza para la juventud, también hace tiempo que viene desdibujándose, existiendo un reiterado mensaje social de que los jóvenes de hoy van a vivir peor que los actuales adultos. Y habría que resaltar aquí que habitualmente no decimos que vayan a tener una vida diferente, sino peor.

El S.XX se caracterizó por un interés creciente en el desarrollo emocional de la infancia y por la inversión social en la adolescencia como etapa crucial para la preparación hacia la vida adulta. Pero desde hace más de una década ese proceso se ha invertido progresivamente. En un mundo centrado cada vez más en el ocio y el consumo, el interés en la parentalidad ha decaído, y la adolescencia ha dejado de ser etapa de tránsito para constituirse progresivamente en la representación de lo socialmente más valorado: ser jóvenes. De aquellos barroos, estos lodos. El problema que ahora aflora es el fruto de una creciente desatención a la salud emocional de niños y adolescentes como sujetos con necesidades específicas que requieren de nuestra atención. Los compañeros que trabajan en los servicios de salud mental infanto-juvenil o los servicios de menores, saben bien cómo la demanda asistencial se ha incrementado progresivamente en los últimos años, mientras los recursos disponibles disminuían o se mantenían en el mejor de los casos.

Ante toda esta situación podemos hacer tres cosas. La primera es reclamar a las administraciones una urgente y prioritaria inversión pública en medios para la atención de las problemáticas de salud emocional de niños y adolescentes. La segunda tendría relación con lo que Massimo Recalcati llama la necesidad de un testimonio, que los adultos debemos dar a los jóvenes, transmitiéndoles que a pesar de nuestros fracasos existe la posibilidad de una vida atravesada por la esperanza y el deseo. La tercera es implicarnos en el trabajo con los jóvenes desde la evidencia de que el futuro es suyo, devolviéndoles el protagonismo y participación que merecen en su construcción. Deberíamos poner todo nuestro empeño en que tengan la posibilidad de acceder a proyectos de vida que serán, si todo va bien, diferentes a los nuestros.

LUIS SEGUÍ ■ Psicoanalista, abogado y escritor

“La magnitud de la pandemia en salud mental es preocupante”

“A pacientes cuya atención ha sido relegada para dar prioridad a los afectados por COVID se sumarán los que llegan ahora, en un porcentaje que duplica la cifra anterior al virus”

J. FRAIZ • Ourense

El terrible homicidio de Velle puso en el foco, por desgracia, el estado de violencia que puede llegar a provocar, presuntamente, la patología mental. El investigado, Diego R.T., llevaba varios meses sin querer medicarse y por eso el juez, tras un primer ingreso en prisión provisional, decidió a propuesta del forense acordar su estancia en agudos de Psiquiatría—estuvo semana y media—para retomar el tratamiento y para un examen psiquiátrico. La evaluación de su capacidad, que continuará en la fase de instrucción, definirá cómo se zanja la causa penal, si con condena de prisión o una medida de seguridad de internamiento en un centro o un psiquiátrico penitenciario, en el caso de que se aprecie una eximente por enajenación mental. El psicoanalista, abogado y escritor Luis Seguí señala que “si, como ha trascendido, el sujeto había dejado de medicarse algo que desafortunadamente ocurre con relativa frecuencia, porque el paciente se siente—o cree sentirse—mejor o ‘cuando’, ese es un factor de alto riesgo”.

—¿Qué medio es el más adecuado para una persona que comete un delito grave con una supuesta alteración mental?

—Resulta imprescindible contar en primer lugar con un diagnóstico del sujeto protagonista a efectos de hacer una valoración de su estado psíquico antes, durante y después del hecho criminal que supuestamente protagonizó. De qué alteración mental hablamos? En el Código Penal, en particular en su artículo 20, se contemplan como eximentes de la responsabilidad los hechos cometidos por aquellos que, al tiempo de cometer el delito, no pueden comprender la licitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión. También serían eximentes del castigo penal aquellos que estén en un estado de intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicótropas, etcétera, siempre que no se haya buscado la intoxicación a propósito para delinquir. El mismo trato—dígamos, benevolente penalmente—recibirán quienes estén bajo el efecto de un síndrome de abstinencia. Se contempla igualmente lo que el Código define como un “estado mental transitorio”, una especie de cajón de sastre en el que pueden caber diferentes patologías. Finalmente quedan eximidos de responsabilidad penal quienes por sufrir alteraciones en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia tengan gravemente alterada la conciencia de la realidad.



Luis Seguí. © Cedex

—Parece evidente que si estamos ante un suceso como el acaecido el 19 de febrero en la parroquia de Velle, con la consiguiente conmoción en la opinión pública, lo primero que debería haber dispuesto el magistrado instructor es ordenar que el sujeto—en este caso Diego R.T.—sea sometido a un examen periodico psiquiátrico riguroso antes de decidir si lo envía a la prisión o a un psiquiátrico penitenciario, independientemente del curso que siga la instrucción. Si, como recogen los medios, el médico forense dictaminó que Diego R.T. se encontraba en condiciones de declarar ante el juez porque es-

—¿Cómo de delgada es la línea para poder determinar si alguien con problemas psiquiátricos conservaba o no sus capacidades a la hora de cometer el hecho?

—Es delgada—de ahí que Pasced-

laba “consciente y orientado”, la apreciación pudo haber influido para que el instructor enviara a la cárcel al detenido sin tener en cuenta los antecedentes de la patología psiquiátrica que padece y que hubieran aconsejado otras medidas. Curiosamente, fue el comitario de Ourense quien advirtió que el detenido exhibía un estado catatónico y alejado de la realidad.

—¿Cómo de delgada es la línea para poder determinar si alguien con problemas psiquiátricos conservaba o no sus capacidades a la hora de cometer el hecho?

—Es delgada—de ahí que Pasced-

FICHA PERSONAL

■ Luis Seguí es psicoanalista y abogado. Es miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), de la Escuela Llacaniana de Psicoanálisis del Campos Freudiano (ELP), y de la Asociación Mundial de Psicoanálisis (AMP). Entre 2008 y 2010 dirigió la Biblioteca de Orientación Llacaniana de la sede de Madrid de la ELP. Es autor de los ensayos “España ante el desafío multicultural” (2002), “Sobre la responsabilidad criminal. Psicoanálisis y criminología” (2013), y “El Enigma del mal” (2016), así como de numerosos artículos. En 2013 y 2014 fue docente invitado en el curso “Introducción al psicoanálisis para juristas”, organizado por el Servicio de Formación Continua del Consejo General del Poder Judicial. El Boletín de la Asociación Galega de Saúde Mental (2016) recoge dos ponencias suyas. Xoroi editará su ensayo “Sexualidad y violencia. Psicoanálisis y criminología”.

tratamiento ambulatorio es regular y permite hacer un seguimiento del paciente, acaso los profesionales podrían advertir señales de alarma que prefiguran un eventual “pasaje al acto”, pero tales señales no siempre son perceptibles o no se advierten a tiempo. Para el gran público, sucesos como el acaecido en la parroquia de Velle suelen encuadrarse en los llamados “crímenes imotivados”, sin sentido, pero solo son imotivados para quienes los observan desde fuera; para el ejecutor sí existe un motivo, aunque solo lo conozca él mismo. Son lo que los psicoanalistas definen como “crímenes de poco”.

—¿Existe un mayor riesgo en tiempos de pandemia de que falle el seguimiento de los pacientes con patología mental?

—Desafortunadamente, es probable que la sobrecarga de trabajo de todo el personal sanitario mientras se prolongue la pandemia, a todos los niveles, afecte especialmente a los servicios de salud mental, ya de por sí insuficientemente dotados. A pacientes cuya atención psicológica ha sido relegada para dar prioridad a los afectados por el virus se sumarán los que están llegando ahora mismo en un porcentaje que duplica la cifra anterior a la llegada del virus.

La variedad de las patologías aumenta, y si actualmente se suicidan—efectivamente, porque muchos accidentes son en realidad suicidios indirectos o parasuicidios—3.500 personas al año, es de temer que también esta estadística siga en incremento. Si en el Sistema Nacional de Salud de España tan solo hay seis psiquiatras por cada 100.000 habitantes, tres veces menos que la media europea—según publicó *El País* en su edición del día 19 de marzo—la conclusión es que la magnitud de la pandemia en salud mental a la que nos enfrentamos es alarmante y que nos tendremos que enfrentar en un futuro inmediato resulta extremadamente preocupante.

—¿Qué opinión le merece el hecho de que el miércoles 17, en el Congreso, un diputado tratara de descalificar a otro diciéndole que fuera “al médico”, tras defender este último, Iñigo Errejón, un mejor plan y más inversiones en salud mental?

—El exabrupto del diputado del Partido Popular dirigido a Iñigo Errejón revela, en primer lugar, una profunda ignorancia de la importancia que la salud mental tiene para el conjunto del país; al mismo tiempo, la vergüenza ajena al comprobar la zafadad con la que puede llegar a expresarse alguien que ocupa un escaño como diputado.

“Los psiquiátricos penitenciarios aíslan del medio social y dificultan cualquier posible reinserción”

—¿Habrán falta más medios en el sistema penitenciario español para personas con una afectación mental y que son presuntamente responsables de delitos graves?

—Es esta una cuestión política. ¿Cómo y dónde han de ser tratados aquellos criminales que, además, padecen patologías graves, o muy graves? Las prisiones no son,

necesariamente, pecos, que los psiquiátricos, y especialmente los psiquiátricos penitenciarios, como el que ahora se proyecta construir en el pueblo valenciano de Siete Aguas, con 500 plazas. Tanto desde la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) como desde la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria, entre otras entidades,

se tratan de impulsar medidas de reinserción diferencial al encierro, sea carcelario o en los psiquiátricos penitenciarios, donde el estigma de la “patologización” consigna contra un abordaje respetuoso de los derechos de una población altamente vulnerable.

En este aspecto, aunque los reglamentos penitenciarios contem-

plan el derecho de los internos a recibir un tratamiento individualizado y específico para la patología que padecen, ningún centro penitenciario dispone de los medios adecuados a ese fin; y los psiquiátricos penitenciarios, al aislar a los sujetos del medio social, en la realidad dificultan cualquier posible reinserción.

Un maestro que queda entre nosotros: ante el fallecimiento de Nicolás Caparrós

Begoña Olabarria

Expresidenta de FEAP

Hoy, cuando aún me parece que puedo escuchar su palabra, ver su expresión, fijarme en su mirada –tan especial–. Hoy, cuando aún no han pasado más que pocos días de su fallecimiento –el día 21 de este mes de marzo–, puedo ver que tuve suerte: la tuve muy joven, en 1976, psicóloga recién licenciada, cuando buscaba en aquel erial de la formación en clínica y en Psicoterapia que era la España de mitad de los setenta –con sus islas de excepción–, dónde y con quién iniciar mi formación. Encontré un *maestro*. Cierto, seguro, riguroso, abierto, generoso en la administración y transmisión de su saber, favorecedor de la autonomización, tan alejado del capillismo como del caudillismo.

Nicolás Caparrós había vuelto hacía un par de años de Buenos Aires y había creado en Madrid Quipú, un singular Centro de Psicoterapia Psicoanalítica y Grupal, con un pequeño grupo de jóvenes psicólogos a los que había formado. Y abrió un camino de *maestro*: tratamientos psicoterapéuticos (individuales y grupales), formación en Psicoanálisis y en el Modelo Teórico-técnico del Grupo Operativo, Investigación y “laboratorios sociales”..., una revista (*Clínica y Análisis Grupal*), y abrió una línea de publicaciones y libros que iban dando cuenta de sus aportaciones teórico-técnicas y su investigación psicoanalítica y psicoterapéutica, mientras también apoyaba desarrollos y publicaciones de terceros. Nada había como aquello que él empezó. Tuve una enorme suerte.

Más tarde desarrolló y mantuvo en Imago su equipo y colaboradores un camino sin paradas, sostenido, riguroso, sin sesgos *capillistas*, sin generar dependencias, abierto, profundo.

Psiquiatra, había dado sus primeros pasos en el Hospital Psiquiátrico de Alcohete, un manicomio marcado por la miseria y el asistencialismo, que Nicolás enfrentó con múltiples acciones de línea antipsiquiátrica. Obtiene plaza en el PANAP –Patronato nacional de asistencia psiquiátrica– y entra en el Hospital Psiquiátrico Nacional de Leganés como Médico ayudante, donde pasa a ser Jefe clínico y finalmente Jefe de servicio. Las condiciones aquí eran mejores que en Alcohete y con liderazgo, contribuye a establecer camino en búsquedas de cambio en la asistencia, así como terapias de grupo de corte variopinto y técnicas inciertas. Así que sus estancias en Londres abundan y desde el convencimiento de que era preciso “saber-hacer” en clínica (“Me adentré en el psicoanálisis a través del enfermo”), hace su formación analítica al tiempo que se aproxima a la rigurosa labor que se desarrollaba con psicóticos en Kingsley Hall, una de las experiencias más radicales en el tratamiento de estos pacientes. Como *Assistant* del Hospital Maudsley, coincidirá en 1968 con J. Berke, R. D. Laing, D. Cooper, A. Esterson y M. Schatzman. Con ese bagaje formaliza en el pabellón de hombres de Leganés las terapias de grupo manteniendo su preocupación e interés por la ideología y la problemática social en el Psicoanálisis, y así en 1969 en Roma, participa en la fundación de *Plataforma Internacional* como un modo de articulación de respuesta a la Internacional de Psicoanálisis, sobre todo en lo concerniente a la orillada problemática social, junto a Armando Bauleo, Marie Claire Booms, Hernán Kesselman, Emilio Rodríguez y Berthold Rorschild.

Asentó pronto la idea de que las terapias farmacológicas –que sí pueden ser herramientas–, son pseudoparaísos artificiales si no saben contribuir a lo central: la elaboración psicoterapéutica. Unos pseudoparaísos de quienes prescriben jugar con el sufrimiento como lo más natural para mantenerse en él, para no cambiar, porque en realidad ni creen ni buscan ni ejercen para el cambio. Así que asumió la responsabilidad de sostener lo que no queremos que se nos arrebate, con excusas y artimañas, en nuestros ámbitos de encuentro organizados y asociativos.

Al inicio de los años setenta renuncia a su Jefatura de Servicio en el Hospital Psiquiátrico de Leganés y para abrir pensamiento y práctica clínicas sale a ejercer e intercambiar en Buenos Aires, donde entra en relación con Ángel Garma, Pichon Rivière (a través de Bauleo y Kesselman), Marie Langer... que en poco tiempo se convierten en colegas y amigos entrañables.

Y a continuación, volver: Le importaba la clínica en sus diferentes planos, comprender, explorar, estudiar, elaborar, transmitir...

Pronto establece la idea de *vínculo*, que se convierte en vértice desde el que desarrollar nuevas elaboraciones y hallazgos que van siendo fundamentales para entender el trabajo del grupo desde el modelo analítico-vincular: Emergente, Tarea terapéutica y Vínculo. Así se refleja en los dos tomos que conforman la *Psicopatología analítico vincular* (una conceptualización dinámica a partir de la estructura de los tres núcleos básicos de la personalidad) en 1992 o poco después en *Tiempo, temporalidad y psicoanálisis* (1994), donde deja establecidas cuestiones que en su importante y última obra (4 tomos), *Viaje a la complejidad*, retoma desde nueva perspectiva. Entre ambas, *Correspondencia de Sigmund Freud, Orígenes del psiquismo. Sujeto y vínculo* de 2004 (“Somos lo que el vínculo hace de nosotros”) o *El proceso psicósomático. El ser humano en el paradigma de la complejidad* (2008), *Ser psicótico: Las psicosis ó Migración, racismo y poder* en 2010, para a continuación recorrer como red conceptual: evolución - vínculo - comunicación - lenguaje - símbolo, en *Del vínculo a la palabra* (2012).

Son sólo algunos de sus textos, que se acompañan de otros muchos, algunos colectivos, pues Nicolás Caparrós elaboraba continua e incansablemente dejando una obra marcada por la brillantez y el compromiso. Seguramente los cuatro tomos de *Viaje a la Complejidad*, sus últimos libros, que coedita y en que participan unos pocos autores más, supone un salto cualitativo que a la vez da cuenta de su profundidad.

Clarividente, adelantado de su tiempo, había buscado salir de las pautas del hastío grandilocuente y hueco del discurso psiquiátrico preponderante y miserable en lo clínico-asistencial. También dio la espalda a la frecuente práctica del “paseo” por los diferentes modelos teóricos como práctica de incorporación de una pseudoformación sumativa y estéril.

Nicolás Caparrós apostó por generar desarrollos de una clínica rigurosa, un pensamiento profundo, elaborado, aportador, una articulación teórico-técnica de altura y, al tiempo, crítica como ejercicio psicoterapéutico. Y lo hizo transmitiéndolo, ejerciéndolo. Deja así una huella imborrable entre nosotros de gran maestro. Un maestro seguro, accesible, exigente consigo mismo.

Por suerte para todos, este hacer en Nicolás, es anterior y periférico a las categorizaciones historicistas y a la tendencia a asociarse con partículas resignificadoras de mezclas ominosas. Se deleita en sus desarrollos profundos y creativos, sin vanidad ni jerarquías. Observa, analiza, elabora.

Un observador que se embriagaba ya de niño explorando cuevas de la Almería de su infancia por el propio hecho de explorar/observar.

Él sabía reconocer y revelaba la dimensión construída de toda forma de clínica psicoterapéutica rigurosa sabiendo connotar una forma de disidencia respecto a los seguimientos de lo dominante en cada momento, abriendo camino a las líneas teórico-técnicas que llegarían después.

Su Centro Imago Clínica Psicoanalítica, pensado para la clínica, la investigación y la docencia, como un taburete de tres patas que a su vez era objeto de reflexión, estaba alejado de muebles necios, era la antítesis de una morada del aburrimiento, de la repetición litúrgica de discursos supremacistas de lo psicoterapéutico como escuela cerrada, hoy tan abundantes y que con disposición implacable parecen reasumir brutales dictaduras desérticas de pensamiento.

Nicolás Caparrós también vivió crisis en su contexto profesional. Pero las crisis vividas desde su fundacional apertura, dieron paso a crecimientos múltiples donde no se instauraba otra cosa que no fuera la multiplicación de desarrollos en dinámicas abiertas. Fue clave el talante, la bonhomía, la serenidad, la autonomía intelectual de Nicolás para ello.

Independiente *versus* aquellos que en nombre de la psicoterapia, servían a otros, como antes a Dios o a la aristocracia, ahora al comercio, a la mercancía psicoterapéutica. Él decretaba la autonomía de la psicoterapia, su "lógica interna", trabajaba sus temas, métodos y formas como fin y aportación en sí mismas.

Creo no equivocarme al decir que Nicolás Caparrós ha sido y es figura fundamental de la Psicoterapia en nuestro país y fuera de nuestras fronteras. Psiquiatra que ha renegado de los valores de lo dado, dotado de una elegancia intelectualmente peligrosa por su agudeza crítica y su independencia. Un poco extranjero en su propio país, madrileño y almeriense, era capaz de ejercer la disidencia frente a lo establecido perverso y espurio. Aportaba, nutría.

Nicolás deja huella profunda de su magisterio entre nosotros y en sus pacientes. Una memoria emocionada.

En Madrid, a 28 de Marzo de 2021

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



WWW.AGSM-AEN.ORG
www.facebook.com/agsm.aen/